А. М. СВЯДОЩ

ЖЕНСКАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

БИБЛИОТЕКА ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

А. М. СВЯДОЩ

•

ЖЕНСКАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

Москва · «Медицина» · 1974

УДК 618.17

РЕФЕРАТ

Книга написана видным ленинградским психиатром-сексопатологом профессором А. М. Свядощем, монография которого «Неврозы и их лечение» выдержала два издания и пользовалась большим спросом. В книге «Женская сексопатология» автор на основании клинических наблюдений и анализа современной литературы знакомит читателя с этиологией, патогенезом, клиникой и терапией сексуальных расстройств у женщин.

Книга рассчитана на врачей — сексопатологов, психиатров, невропатологов и гинекологов.

С $\frac{51700-438}{039(01)-74}$ 139—74

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ

Сексопатология — это область медицины, изучающая половые расстройства с целью их диагностики, лечения и профилактики. Она тесно связана с эндокринологией, урологией, гинекологией и особенно невропатологией и психиатрией, в частности с учением о неврозах.

Патология половой жизни у женщин является одной из частых причин функциональных расстройств нервной системы и внутренних органов, в связи с чем знание ее представляет интерес не только для сексопатологов, невропатологов, психиатров и гинекологов, но и для врачей других специальностей. Нарушения половой функции ведут к нарушению взаимоотношений в семье и нередко приводят к ее распаду, поэтому профилактика и лечение этих расстройств имеют не только медицинское, но и важное социальное значение.

Сексуальные нарушения у мужчины и женщины известны с давних пор. Упоминание о них встречается в древних египетских папирусах, библии, а также мифах и легендах, однако научное изучение их насчитывает немногим более одного столетия.

Крупный вклад в развитие сексопатологии внесли работы Р. Крафт-Эбинга, А. Фореля, В. Штекеля, А. Молля, В. М. Бехтерева, П. И. Ковалевского, Л. Я. Якобзона, Г. С. Васильченко, Н. В. Иванова, А. Кинзи, П. Гебгарда, К. Леонгарда, В. Мастерса, Г. Дернера, Ф. Бича, Г. Гизе, Й. Хиние, Е. Штурц и др.

При Московском институте психиатрии создана первая в СССР научно-исследовательская лаборатория сексопатологии (П. Б. Посвянский, Г. С. Васильченко), в Ленинграде организован Сексологический центр при городском отделе здравоохранения (А. М. Свядощ). Исследования по сексопатологии, кроме того, ведутся при различных институтах и лечебных учреждениях Москвы (В. И. Здравомыслов, В. Д. Кочетков, А. И. Белкин и др.), Ленинграда (А. Э. Мандельштам, П. И. Загородный, Г. Г. Корик,

З. В. Рожановская, В. В. Антонов), г. Горького (Н. В. Иванов), Киева (И. Ф. Юнда), Харькова (И. М. Аптер, И. З. Вельвовский, Н. П. Доценко) и других городов.

Сексуальным нарушениям у мужчин посвящено большое количество работ. Сексуальные нарушения у женщин во многом отличаются от таковых у мужчин и, хотя встречаются весьма часто (не менее чем у 15% женщин), до сего времени поразительно мало изучены и сравнительно мало освещены в литературе.

Целью данной работы и является ознакомление врачей с клиникой, диагностикой, лечением и предупреждением функциональных сексуальных нарушений у женщин. Поскольку, однако, сексуальная функция является парной, изложение женской сексопатологии в отрыве от соответствующих проявлений у мужчин сильно затруднило бы получение целостного представления о ней. В связи с этим на протяжении всей книги уделяется определенное внимание и сексуальным нарушениям у мужчины.

Работа основывается как на наблюдениях автора и его сотрудников, так и на обобщении литературных данных.

Автор с благодарностью примет советы и замечания, которые просит направлять по адресу: 196002, Ленинград, ул. Рубинштейна, 25, Сексологический центр Ленгорздравотдела.

Глава I

КРАТКИЕ СВЕДЕНИЯ О СТРОЕНИИ И ФУНКЦИИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

ВНУТРЕННИЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

Половые органы женщины подразделяются на наружные и внутренние. К внутренним относятся яичники, фаллопиевы трубы, матка и влагалище, к наружным — большие и малые половые губы, клитор, вход во влагалище.

Яичник (ovarium) является парным органом. Это половая железа, в которой развиваются и созревают женские половые клетки, а также вырабатываются женские половые гормоны. Яичник — сплющенное овальное тело. Величина и размеры его значительно меняются в зависимости от возраста и функционального состояния его паренхимы. В среднем длина его 3—4 см, ширина 2—2,5 см, толщина 1—1,5 см, вес 6—8 г. Консистенция яичника довольно плотная. Яичники находятся в малом тазу сбоку от матки. В яичнике взрослой женщины различают корковую (паренхиму) и мозговую (сосудистую) зону. В паренхиме располагаются в большом количестве первичные фолликулы (незрелые яйцеклетки, окруженные эпителием). В яичнике новорожденной девочки их насчитывается от 30 000 до 400 000. Созревание фолликулов начинается со времени наступления половой зрелости. В течение жизни женщины созревает не более 500 фолликулов, остальные рассасываются. В процессе созревания фолликула эпителиальные клетки размножаются, фолликул увеличивается и внутри него образуется полость, заполненная жидкостью. Зрелый фолликул имеет в диаметре около 2 мм и называется граафовым пузырьком. Приблизительно в середине менструального цикла созревший фолликул разрывается (лопается) и в брюшную полость изливается фолликулярная жидкость вместе с находящейся в ней яйцеклеткой (овуляция). На месте лопнувшего граафова

пузырька образуется желтое тело. Если беременность наступает, то желтое тело сохраняется до ее конца и выполняет роль железы внутренней секреции. Если же оплодотворения не происходит, желтое тело атрофируется и на его месте остается рубец. С процессом овуляции тесно связана менструальная функция. Овуляции и менструации в среднем начинаются в возрасте 12—16 лет и прекращаются в 45—50 лет.

В яичнике вырабатываются половые гормоны — эстрогены и прогестерон, а также в небольших количествах андрогены. Эстрогены оказывают влияние на развитие женских половых органов, на продвижение яйцеклетки по яйцеводу, на процесс пролиферации эпителия влагалища. По состоянию вагинального эпителия у женщины можно судить об уровне эстрогенов в крови и об овуляторном или ановуляторном характере менструального цикла. Второй гормон яичника — прогестерон — оказывает избирательное действие на эндометрий матки. Он вызывает в нем изменения, характерные для ранних стадий беременности, и содействует созданию условий, обеспечивающих рост и развитие плода.

В климактерическом периоде яичники уменьшаются в размере (в 2 раза). К глубокой старости их вес падает до 1—2 г. Атрофические изменения в половом аппарате женщины начинаются не сразу после исчезновения менструаций и прекращения функции яичника, а через 5—7 лет или позже.

Фаллопиевы, или маточные, трубы отходят сбоку от матки в верхней части ее широкой связки. Длина их от 6 до 20 см, чаще 10—12 см. Один конец фаллопиевой трубы проходит в стенке матки и открывается в ее полости точечным отверстием, второй направлен в сторону яичника. По трубе яйцеклетка проходит из яичника в матку.

Соединение яйцеклетки со сперматозоидом, т. е. процесс оплодотворения, обычно происходит в трубе. Передвижение оплодотворенной яйцеклетки наступает под влиянием сокращения мышц трубы, а также колебательных движений ресничек мерцательного эпителия, выстилающего стенку. На функциональное состояние мышц трубы могут оказывать влияние как эндокринные, так и нервные факторы. Последние, видимо, иногда могут вызывать спазматические сокращения мускулатуры трубы, препятствующие доступу сперматозоидов. Различные воспалительные процессы в трубе также могут закрыть доступ

сперматозоидам к яйцеклетке и сделать женщину не способной к беременности.

Матка (uterus) является непарным мышечным органом грушевидной формы. Находится она в полости малого таза между мочевым пузырем и прямой кишкой. Размеры ее у взрослой женщины могут значительно варьировать. Длина матки колеблется от 6 до 9 см, ширина в области дна — от 3 до 6 см, вес — от 25 до 100 г.

В матке различают дно — верхнюю широкую часть, тело — среднюю часть и шейку — нижнюю часть. Место перехода тела матки в шейку сужено и называется перешейком матки. Шейка матки обращена во влагалище.

Стенка матки состоит из трех слоев: внутреннего (эндометрий), среднего (миометрий) и наружного (периметрий). Внутренний слой представляет собой слизистую оболочку, выстланную цилиндрическим эпителием. В толще слизистой оболочки заложены железы, выделяющие секрет в полость матки. Секрет желез шейки матки богат муцином, имеет стекловидный характер и нередко образует пробку, выступающую из наружного зева (кристеллеровская пробка).

Внутри тела матки имеется щелевидная полость, переходящая в канал шейки. Место перехода называется внутренним маточным зевом. Канал шейки открывается во влагалище отверстием, носящим название наружного маточного зева. Полость матки у нерожавшей женщины представляется в виде узкой щели треугольной формы. Длина полости матки у нерожавшей женщины составляет около 7 см, у рожавшей — 8 см. Объем маточной полости у нерожавших 1—3 см^3, у рожавших — 3—5 см^3. Тело матки по отношению к шейке наклонено вперед, т. е. находится в состоянии антефлексии. Перегиб матки назад (ретрофлексия) относится к патологии. Раньше полагали, что он может вызывать чувство слабости, разбитости, головные боли, боли в крестце, нарушение цикла месячных. Сейчас считают, что неправильный перегиб матки может вызывать, вероятно, лишь неприятные ощущения в крестце и нарушение месячных.

Матка служит для восприятия оплодотворенной яйцеклетки и обеспечения ее развития, а также для изгнания созревшего плода (родовая деятельность).

С наступлением половой зрелости в слизистой оболочке матки возникают изменения, связанные с менструальным циклом.

Задержка в развитии матки — гипоплазия матки — чаще всего связана с общим недоразвитием организма, т. е. с явлениями общего инфантилизма, однако она может наблюдаться и у женщин нормального телосложения. О развитии матки можно судить на основании определения длины маточной полости при зондировании. При длине до 3 см говорят о зародышевой, или фетальной, матке, при длине 3—5 см — об инфантильной и при длине 5,5—7 см — о матке подростка. При фетальной матке развитие останавливается в той стадии, которая имеется у новорожденной девочки. В детстве матка растет медленно. Рост ускоряется только ко времени полового созревания под влиянием функции яичника. Иногда недоразвитая матка достигает соответствующего развития примерно к 20 годам. Матка обладает ограниченной подвижностью. При давлении на нее со стороны влагалища она может смещаться вверх на несколько сантиметров.

Матка иннервируется преимущественно вегетативной нервной системой. Симпатические волокна отходят от тазового сплетения, в свою очередь связанного с солнечным сплетением. Парасимпатическая иннервация осуществляется тазовыми нервами. В их образовании участвует третий крестцовый нерв, в некоторых случаях — второй или четвертый. По данным С. Д. Астринского, через тазовое сплетение проходят ветви срамного нерва. Они иннервируют не только наружные половые органы, как это считалось до настоящего времени, но и внутренние. По этим волокнам анимальной нервной системы, видимо, могут поступать афферентные, в том числе и болевые, импульсы.

Влагалище (vagina) представляет собой трубку длиной 7—10 см. Передняя стенка обычно на 1,5—2 см длиннее задней, ширина 2—3 см. При обычных условиях стенки влагалища почти плотно прилегают друг к другу, в связи с чем на поперечном разрезе просвет влагалища представляется в виде буквы «Н». Снизу влагалище граничит с девственной плевой, сверху — закрыто шейкой матки, с которой оно сращено. Между стенкой влагалища и шейкой матки имеются углубления — своды влагалища. Задний свод глубже переднего. Расположение шейки матки по отношению к сводам имеет большое значение для оплодотворения. Спереди от влагалища находятся дно мочевого пузыря и мочеиспускательный канал, сзади — прямая кишка. Стенки влагалища состоят из трех слоев — слизистого, мышечного и наружного (соединительнотканного).

Слизистая оболочка влагалища покрыта многослойным плоским эпителием. Строение ее различно в зависимости от возрастных особенностей женщины. В слизистой оболочке влагалища не содержится желез, однако в просвете влагалища можно обнаружить некоторое количество жидкости. Она образуется за счет транссудата из капилляров слизистой оболочки, а также за счет попадания небольшого количества слизи из матки. Слизистая оболочка покрыта складками. Они особенно выражены в нижних его отделах и на задней стенке, где они образуют целые комплексы (columnae rugarum). Благодаря наличию большого количества складок влагалище обладает значительной растяжимостью, что особенно важно при прохождении плода через родовые пути. У женщин, не живших половой жизнью, складки на слизистой оболочке хорошо выражены, консистенция их плотная. У рожавших женщин слизистая оболочка более гладкая, чем у нерожавших. Стенки влагалища содержат продольные и поперечные мышечные волокна, которые переплетаются между собой. Мускулатура влагалища может быть сильно развитой, в связи с чем оно способно к интенсивным сократительным движениям. Некоторые женщины, произвольно сокращая мускулатуру влагалища и тазового дна, могут сжимать введенный во влагалище половой член.

Мышечная стенка влагалища способна сокращаться под влиянием как гормона задней доли гипофиза — питуитрина, так и под влиянием рефлекторных воздействий. Расстояние от входа во влагалище до шейки матки, по нашим данным, в среднем равно 4—6, редко 8 см. В зависимости от положения матки (ретро- или антефлексия), а также расположения партнеров во время полового акта мужской половой орган проходит выше или ниже шейки матки, в передний или задний свод влагалища, легко растяжимые.

Глубина влагалища у женщины в состоянии покоя значительно варьирует. Из 80 обследованных у нас женщин она составляла: 4—6 см у 15; 7—8 см у 32; 9—10 см у 18; 11—14 см у 15. Из 12 женщин ростом 145—150 см глубина влагалища до 8 см была у 9, глубина 9 см и более — у 3; из 12 женщин ростом 165—173 см отношения были обратные, т. е. глубина влагалища до 8 см была у 3 женщин, 9 см и больше — у 9. Однако встречались женщины низкого роста (менее 150 см), у которых глубина влагалища равнялась 11—14 см, и, наоборот, высо-

кие женщины, у которых она была небольшая (например, при росте 168 см — 6 см и при росте 173 см — 8 см). Хотя и нет строгой корреляции между ростом женщины и размерами влагалища, все же большие размеры несколько чаще встречаются у высоких и малые — у женщин низкого роста.

У здоровой и опрятной женщины содержимое влагалища необильно, имеет слизистый характер и не вытекает наружу из половой щели.

На сексуальную функцию влагалища в определенной степени влияют и мышцы тазового дна. Они могут концентрически сужать вход во влагалище, способствовать эрекции клитора, сжимать железы преддверия.

Влагалище иннервируется за счет нервов, отходящих от цервикального сплетения Франкенгейзера, причем средняя и задняя части влагалища мало чувствительны.

НАРУЖНЫЕ ПОЛОВЫЕ ОРГАНЫ

Большие срамные губы представляют собой кожные складки, ограничивающие половую щель. Длина щели около 8 см. У девушек в отличие от рожавших женщин большие губы прилегают друг к другу. Вверху и внизу губы соединены при помощи спаек, спереди образуют возвышение — лобковый бугор. Наружная поверхность больших губ покрыта волосяным покровом, внутренняя — гладкая, влажная, имеет вид слизистой оболочки.

Растительность на лобке и больших губах в известной степени отражает степень полового развития. В детском возрасте имеется лишь лануго (пушок). В препубертатном периоде (11,6—12,6 года) начинается рост волос, в возрасте 13,6 года они достигают в среднем длины 1—2 см, в 14,5 лет 3—4 см. У взрослой женщины растительность пушистая, волосы слегка спирально закручены, граница растительности горизонтальная; при хорошем развитии вторичных половых признаков растительность пышная, волосы в виде треугольника с вершиной, обращенной книзу.

Малые половые губы (нимфы) прикрыты большими половыми губами. Они расположены непосредственно у входа во влагалище и также являются кожными складками, но более тонкими, чем большие губы. Малые губы пронизаны мышечными клетками, эластичны и содержат

в себе густую венозную сеть, что делает их в той или иной степени способными к эрективности. Они богато снабжены нервными окончаниями и весьма чувствительны к внешним раздражениям. Пространство между малыми губами называется преддверием влагалища. В преддверие влагалища, кроме того, открываются своим наружным отверстием мочеиспускательный канал, а также выводные протоки желез преддверия влагалища (бартолиниевых желез). Эти железы выделяют секрет, увлажняющий вход во влагалище. Преддверие влагалища, малые губы и головка клитора обозначают термином *вульва*.

Если малые губы выступают из половой щели, то покрывающий их многослойный плоский эпителий обнаруживает тенденцию к ороговению, сами же губы становятся весьма пигментированными. Малые губы часто асимметричны, толщина их неодинакова.

Девственная плева (hymen) является складкой слизистой оболочки у входа во влагалище, отделяющей его от вульвы. Она не полностью прикрывает вход во влагалище, оставляя отверстие, пропускающее 1—2 пальца. Образование, аналогичное девственной плеве, имеется не только у человека, но и у однокопытных жвачных животных, ряда хищников и обезьян. Физиологическое значение плевы неясно. Возможно, что эта перепонка предохраняет влагалище от занесения инфекции. Форма девственной плевы может быть различна. Чаще всего встречается кольцевидная с отверстием круглой или овальной формы, реже — полулунная, бахромчатая, дольчатая или лоскутная, а также зубчатая и др. При первом половом акте целостность девственной плевы обычно нарушается. Акт разрыва плевы, чем бы он ни был вызван, получил название **дефлорации.** Относительно легко разрывается тонкая и нежная плева, а также более толстая, имеющая полулунную или кольцевидную форму с отверстием, мало поддающимся растяжению. При низкой, мясистой, мягкой и вообще легко растягивающейся плеве первое половое сношение, а иногда и ряд половых сношений могут не вызывать нарушения ее целости. Известны случаи, когда у 14-летних проституток находили сохранившуюся девственную плеву. Дефлорация сопровождается чувством боли и кровотечением. Однако если разрыв приходится на участок, в котором мало сосудов, заметного кровотечения может и не быть. Примерно в 50% случаев чувство боли у девушек в начале полового акта отсутствует.

Плотная сухожильная плева может служить значительным препятствием к половому акту.

Клитор (clitoris) находится в верхнем углу половой щели, непосредственно под лобком и выступает здесь своей головкой в виде небольшого тупого сосочка. У многих женщин, если они не находятся в состоянии полового возбуждения, клитор при осмотре трудно различим, при пальпации он определяется лишь как мягкое уплотнение величиной с просяное зерно или как мягкий сосочек. При половом возбуждении он отчетливо выступает и легко пальпируется. Клитор располагается в преддверии влагалища, впереди наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Клитор развивается первично из полового бугорка и эмбриологически, по характеру строения своих тканей, является органом, аналогичным мужскому половому члену. В отличие от последнего он не имеет каких-либо отверстий и он не является органом выделения. Филогенетически клитор впервые наблюдается у рептилий (крокодилов, черепах).

Клитор состоит из двух пещеристых тел, по своему строению сходных с пещеристыми телами мужского полового члена. В нем различают корень, тело и головку. Ножки клитора, толщиной около 1 см, идут от восходящей ветви седалищной и нисходящей ветви лонных костей обеих сторон тела. Обе ножки, покрытые фасцией, сливаясь, образуют тело клитора. Размеры клитора значительно колеблются в зависимости от степени его кровенаполнения и могут достигать 3 см. Диаметр головки клитора в покое равен от 2 до 10 мм. При половом возбуждении примерно у 50% женщин объем клитора значительно увеличивается в связи с увеличением притока артериальной и сравнительно меньшим оттоком венозной крови. При этом наблюдаются сокращения мышечных волокон, способствующих тому, что консистенция клитора делается более плотной (эрекция). При эрекции головка его приближается к входу во влагалище.

Клитор иннервируется нервами plexus pudendalis и plexus hypogastricus caudalis, чувствительные волокна идут в составе n. dorsalis clitoridis, n. pudendalis и далее — к 1—5-му крестцовым сегментам. Клитор, особенно его головка, чрезвычайно богато снабжен нервными окончаниями (в 3—4 раза обильнее, чем головка мужского

полового члена). Увеличение размеров клитора отмечается при массивном лечении мужскими половыми гормонами, а также при гиперфункции надпочечников, гермафродитизме, конституциональном вирилизме. Видимо, нет корреляции между размерами клитора и эротической реакцией женщины на его раздражение.

Клитор является специфическим органом женской половой чувствительности. Его единственная физиологическая роль — вызывание чувства сладострастия. Не случайно по-русски он называется похотник (от слова похоть).

В Древнем Египте существовал обычай (до наших дней он сохранился в Абиссинии и некоторых других южных странах) проводить у девочек обрезание клитора (его головки), а иногда одновременно вырезание и малых губ. Идентичной операции подвергают себя и последователи секты скопцов.

Хирургическое удаление клитора производится при злокачественных опухолях этой области. Имеются данные о том, что у оперированных женщин раздражение области лобка или послеоперационного рубца вызывает оргазм почти так же быстро, как и у неоперированных.

Глава II

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ РЕГУЛЯЦИЯ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ

ЭРОГЕННЫЕ ЗОНЫ

Мужские и женские половые железы развиваются у эмбриона из первоначально недифференцированных относительно пола зачатков — эмбриональных гонад. Половая дифференцировка их у плода начинается примерно с 6-й недели эмбриональной жизни под влиянием генетической информации, исходящей из половых хромосом.

Пол ребенка зависит только от хромосом отца. Если ребенок получил от отца Y-хромосому, то разовьется мозговая часть гонады и сформируется мужская половая железа — семенник, если X-хромосому, то из корковой части гонады разовьется женская железа — яичник. Эта дифференцировка в общих чертах заканчивается уже на 7-й неделе внутриутробного периода. Пойдет ли дальнейшее формирование наружных и внутренних половых органов по мужскому или по женскому типу, будет зависеть не от хромосом отца, а от сформировавшихся половых желез. Так, у мужского плода интерстициальные клетки (клетки Лейдига) семенников начинают вырабатывать андрогены (тестостерон и, возможно, какие-то еще неизученные гормоны). Это ведет к дифференцировке половых органов по мужскому типу. Она заканчивается приблизительно на VII месяце утробной жизни (далее клетки Лейдига подвергаются обратному развитию и пребывают в атрофированном состоянии до начала полового созревания).

У женского плода формирование полового тракта также заканчивается к VII месяцу утробного развития. В последние недели утробного развития половые органы девочки начинают усиленно расти под влиянием материнских эстрогенов. Это влияние продолжается еще в течение 5—7 дней и после рождения, затем матка подвергается обратному развитию. Лишь к 10-летнему возрасту матка снова достигает величины, имевшейся при рождении.

Если эмбриону генетически женского пола вводить на соответствующих этапах эмбриогенеза мужские половые гормоны, то половые пути эмбриона начнут перестраиваться по мужскому типу.

В нервной регуляции половой функции у человека участвуют кора головного мозга, подкорковые образования и спинальные центры. По мнению Fervier, корковый половой центр находится в girus fugiformis, рядом с uncus. Однако вероятнее всего имеется широкая разбросанность клеток коры, обеспечивающих половую деятельность, в частности большая роль, по данным Г. С. Васильченко (1969), принадлежит парацентральным долькам.

Подкорковые половые центры расположены в промежуточном мозге и гипоталамусе. Лимбическая система, включающая ряд корковых, подкорковых и стволовых структур, является нервным субстратом эмоций и влечений, в том числе и полового влечения.

Согласно современным воззрениям (Clark, Dörner, Larsson и др.), у плода как мужского, так и женского пола в гипоталамусе заложены три половых центра: в преоптической зоне гипоталамуса — мужской центр полового поведения и женский центр, регулирующий циклическое выделение гипофизом гонадотропина; в вентро-медиальных ядрах гипоталамуса — центр женского полового поведения. В процессе эмбриогенеза и, может быть, еще отчасти в раннем постнатальном периоде у генетически мужских особей под влиянием андрогенов инактивируется женский и развивается мужской половой центр. У генетически женских особей в связи с отсутствием андрогенов в этом периоде, а также, возможно, под влиянием небольших количеств эстрогенов, поступающих в организм плода через плаценту матери, в гипоталамусе происходит развитие лишь женского полового центра. Развившийся центр определяет последующую половую аутоидентификацию индивида и влияет на направленность полового влечения.

Дифференцировка половых центров в гипоталамической области, возникающая под влиянием половых гормонов, происходит в строго определенный **критический период** онтогенетического развития: у морских свинок — на 30—55-й день внутриутробного периода, у крыс — на 3—4-й день постнатальной жизни (по некоторым авторам, на 5—10-й день); у человека, по мнению Dörner,— во втором триместре беременности. Если в эти дни на мозг подействуют андрогены, то на всю жизнь закрепится

мужское половое поведение, а если в крови плода окажется низким уровень как андрогенов, так и эстрогенов — женское. После этого критического периода гормоны почти перестают влиять на половое поведение и направленность полового влечения. Таким образом, соотношение андрогенов и эстрогенов в критический период дифференцировки гипоталамуса оказывает влияние на последующую половую функцию и половую направленность. Нарушение этих процессов может иметь большое значение не только для возникновения гермафродитизма, но, как увидим далее, и некоторых форм гомосексуализма.

У женщины и мужчины спинальные половые центры, видимо, имеют не совсем одинаковую локализацию. Так, у женщины они находятся, по нашему мнению, в 1—5-м крестцовых сегментах, у мужчины центры эрекции расположены во 2—5-м крестцовых, центры эякуляции — во 2—4-м поясничных сегментах. Спинальные центры связаны, с одной стороны, с гипоталамическими и корковыми центрами, с другой — с рецепторами, заложенными в половых органах. Половые центры находятся во взаимодействии и соподчинении, осуществляя регуляцию половой функции на разных уровнях: корковом, подкорковом и спинальном, и образуют единую иерархическую систему. Половое влечение (либидо) и оргазм не могут осуществляться без участия головного мозга. Однако эрекция и эякуляция у мужчины и, по нашим данным, гиперемия половых органов у женщины, а также эрекция клитора и ритмичные сокращения влагалища могут возникать, несмотря на перерезку спинного мозга в нижнегрудном отделе. При этом психические факторы утрачивают способность оказывать на них влияние. У взрослого индивидуума половые гормоны в значительной мере определяют уровень возбудимости (тонус) половых центров и силу полового влечения. Образование этих гормонов во многом зависит от деятельности гипофиза, т. е. от поступления в кровь гормонов гипофиза, стимулирующих образование половых гормонов. Гипофиз же составляет единый функциональный комплекс с гипоталамусом (гипоталамо-гипофизарная система). Гипоталамус обладает свойством нейросекреции. Он вырабатывает аденогипофизотропные вещества, особые для каждого из гормонов гипофиза. Эти вещества, смещаясь вдоль аксонов нейросекреторных клеток, поступают в гипофиз и стимулируют выработку им соответствующих гормонов, влияющих на функцию половых желез.

Гонадотропные гормоны гипофиза стимулируют деятельность яичников. Так, фолликулостимулирующий гормон гипофиза вызывает рост фолликулов и образование эстрогенов в яичнике (у мужчины — сперматогенез); лютеинизирующий гормон определяет наступление овуляции и образование желтого тела (у мужчины — выработку мужского полового гормона яичками); лютеотропный гормон (пролактин) возбуждает гормонообразование в желтом теле. В свою очередь избыток половых гормонов яичников тормозит гонадотропную функцию гипофиза. Таким образом поддерживается гормональное равновесие в организме, осуществляется процесс саморегуляции, основанный на принципе обратной связи.

Гипофиз находится в аналогичных взаимоотношениях и с другими периферическими железами, в частности со щитовидной железой и надпочечниками. Гормоны щитовидной железы через гипофиз могут влиять на функцию половых желез, поэтому при удалении щитовидной железы обычно наблюдается угнетение функции яичников, а при заболеваниях ее часто обнаруживаются те или иные изменения и в половой сфере.

Как мужские, так и женские половые гормоны являются стероидами. При заболеваниях печени нарушение стероидного обмена может иногда вести к нарушению содержания этих гормонов в крови.

Мужские половые гормоны — андрогены и женские — эстрогены (точнее, кетостероиды, тождественные или близкие к ним) вырабатываются у мужчины и женщины не только половыми железами, но и надпочечниками, поэтому в крови мужчины находится некоторое количество женских, а в крови женщины — мужских половых гормонов. Специфическим активатором деятельности коры надпочечников является адренокортикотропный гормон передней доли гипофиза (АКТГ). В свою очередь адренокортикальные гормоны надпочечников угнетают адренокортикотропную функцию гипофиза. Надпочечники как у мужчины, так и у женщины вырабатывают больше мужских половых гормонов, чем женских, поэтому при гиперфункции коры надпочечников, например при опухолях, у женщин наблюдается маскулинизация, например растительность по мужскому типу, а также изменяется характер менструаций, гипертрофируется клитор и т. п. В отличие от этого у мужчины, за редкими исключениями, не наблюдается явлений феминизации.

Из женских половых гормонов — эстрогенов — наиболее активным является эстрадиол; продуктами его выделения с мочой являются эстрон, или фолликулин, и эстриол. Из мужских половых гормонов — андрогенов — наиболее активен тестостерон. В моче могут быть обнаружены продукты его обмена — андростерон, этилхоланолон, дегидроандростерон и изоандростерон. Они относятся к нейтральным 17-кетостероидам. В норме в течение суток женщина выделяет с мочой 5—15 мг (по Callow, 3,5—19,4 мг, в среднем 10 мг) 17-кетостероидов. Они образуются у нее в основном в результате метаболизма гормонов коры надпочечников. Мужчина выделяет 10—30 мг (по Callow, 4,1—23,2 мг, в среднем 15 мг) 17-кетостероидов в течение суток. У одного и того же человека содержание 17-кетостероидов в моче колеблется в зависимости от тяжести работы, эмоционального состояния, времени года (зимой несколько увеличивается, летом несколько снижается) и т. п. У женщины в предменструальном и климактерическом периоде оно несколько возрастает. На выделение 17-кетостероидов с мочой влияют не только функциональное состояние коры надпочечников и яичек, но и процессы метаболизма тестикулярных и надпочечниковых гормонов в печени. Нарушение метаболизма гормонов при болезнях печени иногда может вести к аменорее у женщины и импотенции у мужчины.

Половое влечение у женщины зависит не столько от нормального содержания женских, сколько от уровня мужских половых гормонов — андрогенов, поэтому удаление яичников (а также матки) часто не ведет к устранению полового влечения и способности к половому удовлетворению, удаление же надпочечников у женщины вызывает его угасание. Либидо и оргазм могут быть выражены у маленьких девочек задолго до наступления полового созревания и сохраняться на протяжении многих лет после наступления климактерия. При выпадении функции яичников, вызванном кастрацией или климаксом, компенсаторные функции, по всей вероятности, берут на себя гормоны надпочечников.

Либидо, эрекция и эякуляция в 50% случаев в той или иной степени сохраняются у кастрированных мужчин, если кастрация была произведена после наступления половой зрелости.

Эротизирующее действие мужских половых гормонов на женщину связывается с их общим стимулирующим

влиянием на организм, повышением чувствительности периферических нервных сенсорных аппаратов, в том числе тех, которые заложены в половых органах женщины, и сказывается в некотором увеличении клитора под влиянием этих гормонов.

На деятельность желез внутренней секреции, в частности выработку ими гормонов, большое влияние оказывает нервная система. Так, раздражение ретикулярной формации и миндалевидных ядер усиливает , гиппокампа — тормозит выделение АКТГ гипофизом. При различных эмоциональных состояниях лимбическая система и гипоталамус могут влиять на содержание половых гормонов в крови.

При длительном эмоциональном напряжении (стрессе) резко увеличивается секреция АКТГ. Одновременно уменьшается образование гонадотропных гормонов гипофиза. В связи с этим во время стресса у женщины нередко наступает аменорея, у мужчины — импотенция. Женские половые гормоны, введенные мужчине, не стимулируют, а, наоборот, угнетают его половую активность.

Половое возбуждение может возникать не только под влиянием гормонов, но и под влиянием прикосновения к особо чувствительным в этом отношении участкам тела — **эрогенным зонам** (от греческого «эрос» — бог любви). У мужчины наиболее возбудима головка члена и менее возбудима мошонка. Половое возбуждение возникает при смещении кожи члена, давлении на его корень. У женщины основными эрогенными зонами являются клитор, малые губы и влагалище. Кроме того, ими могут быть грудные железы, губы и ротовая полость, шея, кожа внутренней поверхности бедер и т. п. Эротическая чувствительность клитора является высоко избирательной. Так, одни женщины эротически реагируют главным образом на ритмичное давление, оказываемые на всю область клитора, другие — только на медленные штриховые раздражения тела клитора (иногда даже только правой или левой его половины), третьи — на быстрое сильное ритмичное давление на тело или головку клитора с потягиванием ее вверх или прижатием к лобковой кости. Некоторым женщинам требуется частая смена места стимуляции — через несколько десятков секунд становится невозбудимым данный участок клитора, но высоковозбудимым близлежащий. У иных женщин стимуляция клитора вызывает эротическую реакцию лишь в том случае, если ей предшествуют общие

ласки, повышающие половую возбудимость. Малые губы в отношении эротической чувствительности заметно уступают клитору и, кроме того, не обнаруживают такой высокой локальной избирательности.

Эротическая чувствительность влагалища подвержена значительным индивидуальным вариациям. У большинства женщин весьма чувствительный вход и наружная треть влагалища. Они реагируют на давление и касательные ритмичные раздражения, обычно возникающие при фрикциях. Однако, по полученным нами данным, у 12% женщин сильная эротическая реакция возникает при глубоком ритмичном давлении на задний свод и расположенные за ним органы. У большинства женщин передняя стенка влагалища более чувствительна, чем задняя; встречаются, хотя и редко, женщины, резко реагирующие на глубокое ритмичное давление на заднюю стенку влагалища и мышцы промежности.

Оказалось, что у некоторых женщин высоковозбудимой является определенная зона влагалища (названная нами зоной «S»). Для ее стимуляции требуется глубокое ритмичное давление на переднюю стенку наружной четверти влагалища и лежащие за ней ткани с прижатием стенки влагалища к внутренней поверхности лобковой кости. Обычное давление на переднюю стенку влагалища, возникающее при фрикциях, в этих случаях оказывает лишь слабое эротическое влияние. На значении этой эрогенной зоны остановимся при рассмотрении причин аноргазмии.

Фибромы матки, недоразвитие ее, а также оперативное удаление обычно не сказываются на половых ощущениях женщины. Шейка матки малочувствительна к прикосновению и давлению. Прикосновение к грудным железам лишь у 50% женщин может вызывать половое возбуждение, причем у некоторых оно ведет даже к наступлению оргазма. Встречаются индивидуальные варианты эрогенных зон. Так, например, у одной нашей больной сильнейшее половое возбуждение вызывало прикосновение к пальцам ног, у другой — к мочкам ушных раковин и к коже возле волос, у третьей — к коже области крестца, у четвертой — к промежности и анальной области и т. д.

К нам обратилась молодая женщина Ц., 30 лет, с жалобой на необычные половые ощущения. Эрогенной зоной у нее является участок на внутренней поверхности правого коленного сустава диаметром 4—5 см. Давление на этот участок вызывает сильное половое возбуждение и через 20 — 30 секунд наступление оргазма.

Иногда оргазмы повторные — 3—4 подряд. При оргазме эротические ощущения начинаются в области правого колена, затем распространяются вверх на влагалище. Оргазм возникает, если Ц. сама активно нажимает на внутреннюю поверхность колена или давление оказывается извне. Ц. же при этом пассивна (мышцы не напряжены). Левое колено эрогенной зоной не является (Ц. правша). При стимуляции влагалище в эротическом отношении ареактивно, клитор — слабо реактивен. При половом акте независимо от его длительности оргазм возникает лишь в том случае, если оказывается давление на эрогенную зону правого колена. Ц. замужем 4 года, имеет ребенка 3 месяцев. По характеру спокойная, уравновешенная. Отношения с мужем хорошие.

Эротические ощущения в области колена возникли впервые в дошкольном возрасте, когда с девочками играла в игру: «Удержись на мяче» и коленями нажимала на мяч. В 16-летнем возрасте случайное давление на внутреннюю поверхность правого колена (встала коленом на кресло) вызвало оргазм вне какой-либо эротической ситуации. Механизм возникновения этого явления остается нам неясным.

По нашим данным, встречаются здоровые молодые женщины, у которых оргазм возникает лишь при напряжении мышц бедер и тазового дна. У некоторых из них влагалище и клитор в эротическом отношении не чувствительны, причем глубокое давление на окружающие ткани со стороны влагалища не вызывает эротических ощущений.

В большинстве случаев тактильное раздражение эрогенных зон вызывает половое возбуждение лишь при наличии психоэротической настроенности. Рука гинеколога, прикасающегося к эрогенным зонам, и рука любимого человека оказывают далеко не одинаковое действие. Однако встречаются женщины, способные испытывать оргазм при интенсивном раздражении эрогенных зон даже в том случае, если к моменту полового сближения они были к нему настроены отрицательно. Как будет показано при рассмотрении явлений онанизма, случайное раздражение эрогенных зон может вызвать у ребенка сильное половое возбуждение с наступлением оргазма, хотя предварительная психоэротическая настроенность отсутствовала.

Типы половой возбудимости женщин в зависимости от особенной топографии эрогенных зон гениталий до сего времени почти не изучены. По нашим данным, на 100 обследованных замужних женщин у 53 оказалась выраженная эротическая реакция при стимуляции как зоны клитора и малых губ, так и влагалища. При этом у одних более возбудимой являлась область клитора (клиторо-вагинальная половая возбудимость), у других — влагалище (вагин-

нально-клиторическая). У 26 женщин имелась высокая эротическая реактивность клитора при низкой или даже совершенно отсутствовавшей эротической реактивности влагалища (клиторический тип половой возбудимости). У 12 женщин, наоборот, эрогенной зоной в основном являлось влагалище, в то время как клитор был не чувствителен или почти не чувствителен к половой стимуляции (вагинальный тип половой возбудимости). У 9 женщин эротическая реакция отсутствовала при стимуляции как клитора и малых губ, так и влагалища, хотя тактильная чувствительность была сохранена (ареактивный тип половой возбудимости). Таким образом, обнаружилось четыре основных типа генитальной возбудимости у женщин: I. Генерализованный (клиторо-вагинальный или вагинально-клиторический). II. Клиторический. III. Вагинальный. IV. Ареактивный. В процессе половой жизни возможны переход от клиторического к генерализованному типу половой возбудимости, а также устранение ареактивности.

Мало изучен и вопрос о взаимодействии эрогенных зон. По нашим данным, у большинства женщин одновременная стимуляция нескольких зон ведет к суммации полового возбуждения. Особенно это относится к женщинам с генерализованным типом половой возбудимости. Однако у некоторых женщин стимуляция ведущей зоны подавляет возбудимость других зон. Так, например, при стимуляции влагалища перестает быть эротически чувствительна область клитора, и наоборот.

Половыми раздражителями, помимо гормонов и тактильных раздражений эрогенных зон, могут быть и так называемые **ключевые раздражители,** или «релизеры» (от английского слова to release — освобождать, выпускать). Это сигналы, включающие те или иные вегетативные реакции или определенные алгоритмы поведения (инстинктивные действия). Так, цыпленок, только что вылупившийся из яйца в инкубаторе и никогда не видевший курицы, начинает клевать черные точки на полу. Никто не учил его этому. Черные точки являются для него ключевыми раздражителями, включающими эту реакцию.

Ключевыми половыми раздражителями для собак-самцов являются телергоны — видоспецифичные пахучие вещества, продуцируемые мочеполовой системой самок в период течки. Реакция на них у самцов врожденная и возникает обычно на 2-м году жизни, завершая процесс полового созревания (В. В. Антонов). Самка, не выделяющая телергонов, не вызывает полового возбуждения у самцов. У кошек телергоном служит валериановая кисло-

та. Для самцов-обезьян половым ключевым раздражителем является вид припухших и покрасневших половых органов самки. Ключевых раздражителей, вызывающих половое возбуждение у самок, не обнаружено.

У мужчин вид женских гениталий, а также восприятие признаков полового возбуждения женщины, прикосновение к половым органам женщины могут вызывать половое возбуждение не только по механизму условного рефлекса, как сигнал предстоящего полового сближения, но и в качестве ключевых раздражителей, т. е. вызывать половое возбуждение безусловнорефлекторным путем. В то же время отрицательные условнорефлекторные раздражители (например, оскорбительная реплика женщины) могут затормозить эту реакцию. Сила реакции во многом зависит от уровня половой возбудимости. При резком его падении те же ключевые раздражители не вызовут полового возбуждения.

Половое возбуждение может вызываться условнорефлекторно—зрительными, слуховыми, обонятельными и другими раздражителями, т. е. психическими факторами. Сюда относятся внешний облик партнера, приготовления к половой близости и т. п., а также произвольное оживление следов этих раздражителей (воспоминание о них, фантазирование на эротические темы). Условнорефлекторные положительные и отрицательные сексуальные раздражители весьма индивидуальны и связаны с личным опытом человека, его представлениями, сформировавшимися у него идеалами. Так, например, полнота женской фигуры может быть положительным раздражителем для одного и отрицательным для другого.

Эротизирующее влияние может оказывать и музыка, например «Болеро» Равеля или «Весна священная» Стравинского с их нарастающим ритмом. На других женщин, наоборот, сильнее действуют нежные, романтичные мелодии. Музыка может влиять как физически, вероятно, непосредственно стимулируя глубокие структуры мозга, так и психически, т. е. условнорефлекторно, оживляя по ассоциации те или иные переживания.

Иногда встречаются женщины, у которых под влиянием психических факторов половое возбуждение возникает очень легко и может привести к оргазму, однако в огромном большинстве случаев женщины меньше реагируют на психические воздействия, чем мужчины. Так, например, вид привлекательных женщин вызывает половое возбуждение у мужчин в 2 раза чаще, чем вид интересных муж-

чин у женщин. Эротические открытки или рисунки вызывают реакцию у большинства мужчин и лишь у немногих женщин. Вид обнаженных женских половых органов обычно возбуждает мужчину, однако вид обнаженных мужских половых органов не вызывает эротической реакции у половины женщин, причем многим из них он неприятен и тормозит половое возбуждение. Эротические фантазии о другом поле, о новых встречах и переживаниях вызывают сильное половое возбуждение у очень многих мужчин и лишь редко — у женщин. У многих женщин в отличие от мужчин ожидание полового сближения не вызывает сексуального возбуждения. В зависимости от общего уровня половой возбудимости, в значительной мере определяемого действием гормонов и общим состоянием нервно-психической сферы, условнорефлекторные половые раздражители могут оказывать сильное или слабое действие.

Глава III

ФИЗИОЛОГИЯ ПОЛОВОЙ ЖИЗНИ

ПОЛОВОЕ ВЛЕЧЕНИЕ

В организме человека и животных заложены код, программа, направленная на обеспечение продолжения рода. Никто не учит птицу, рыбу, оленя или кошку совершать порой сложные действия, необходимые для полового сближения. Программа этих действий определяется заложенным у них генетическим кодом — половым инстинктом.

Инстинкты (половой, оборонительный, пищевой и др.) могут проявляться в виде инстинктивных чувств или эмоций, например чувства страха, радости, и в виде инстинктивных действий. В основе последних лежат врожденные алгоритмы поведения — сложные цепные безусловные рефлексы по И. П. Павлову. У человека инстинктивные чувства возникают автоматически, помимо его воли (чувство страха, радости или печали), однако инстинктивные действия у человека в отличие от животных находятся под контролем сознания. Человек не бросается слепо на еду, испытывая голод, или на объект, вызвавший сексуальное возбуждение.

В процессе социально-трудовой деятельности у человека формируется ряд социально обусловленных потребностей, в которых могут находить отражение биологически заложенные влечения. Удовлетворение любого влечения, например связанного с чувством голода, жажды, холода, вызывает появление чувства удовольствия. Восприятие информации, предвещающей удовольствие, вызывает чувство радости, восторга. Сами по себе приятные эмоции — удовольствие, радость — могут сигнализировать не только о прекращении той или иной угрозы организму (например, голода), но и в свою очередь оказывать стимулирующее, тоногенное влияние на организм — вызывать прилив сил, ощущение бодрости, энергии. Возникающая условная связь между чувством удовольствия и вызвавшим его действием может породить влечение к повторению послед-

него. Этот механизм может играть роль в появлении влечения к морфию, алкоголю, никотину и другим веществам, вызвавшим временное чувство удовольствия. Он же, как увидим, может играть роль в формировании привязанности к объекту любви, связанной с получением полового удовлетворения, а также в формировании некоторых аномалий полового влечения.

Половое влечение, по предложению Freud, получило название либидо (от латинского libido — желание, сладострастие). Freud пользовался этим термином широко, усматривая проявления либидо даже в актах сосания и дефекации у детей. Мы будем понимать под ним лишь влечение к половой близости. Оно осуществляется рядом инстинктивных влечений, которые могут выступать как вместе, так и изолированно, особенно в те или иные возрастные периоды.

Одним из ранних проявлений этого влечения является появление интереса к лицам противоположного пола, часто не носящее осознаваемого сексуального характера, желание быть с ними вместе, желание привлечь их внимание, перерастающее в желание нравиться и кокетливое поведение. Оно особенно выражено у девочек.

К половому инстинкту относятся и проявления полового любопытства (у детей 3—5 лет нередко отмечается стремление к разглядыванию и ощупыванию половых органов), желание полового обладания (господства), стремление к половой отдаче (привлечение внимания к своему телу, желание нравиться); радость от полового возбуждения партнера, чувство удовольствия от восприятия признаков полового удовлетворения у партнера. Последние три стремления у женщин обычно более выражены, чем у мужчин. К проявлениям полового инстинкта относится эротическое влечение — влечение к ласке, нежности, и сексуальное влечение — влечение к половому акту (к сексуальной агрессии и к детумесценции половых органов, т. е. к устранению возникшей эрекции). Эротическое влечение, как правило, свойственно почти всем людям, влечение же к половому акту более свойственно мужчине. У большинства женщин это последнее проявляется лишь после того, как они испытали половое удовлетворение (оргазм), однако у 20% девушек оно отмечается уже в возрасте 16—18 лет, до начала половой жизни. Для большинства же девушек 16—18 лет характерны появление чувства влюбленности, стремление к поиску друга-поклонника,

мечты о встречах, прогулках, платоническом ухаживании, а не о половой близости.

В некоторых странах за последние годы произошел сдвиг в отношении к половой жизни среди части молодежи. Он получил название «сексуальной революции». Так, по данным Giese (1970), опрос 16—17-летних школьниц в ГДР, обучавшихся совместно с мальчиками, показал, что 31% из них жили половой жизнью, причем 2% начали жить в 14 лет и 8% в 15 лет. В качестве мотива к сближению 85% указало, что начали жизнь, так как «юноша хотел этого», 76% — «так как я его любила», 52% — «из любопытства», 40% — «из-за сильной половой потребности». Большинство девушек (76%) отметили, что после первого же полового сближения они почувствовали себя довольными, 56% — испытали половое удовлетворение, 19% — чувство разочарования, 16% — угрызение совести. Несомненно, что на половое сближение скорее шли школьницы, у которых, помимо прочего, было сильное половое влечение. По Colle (1968), в ФРГ жили половой жизнью в 14 лет — четверть юношей и девушек, в 16 лет — половина и в 18 лет — 80—90%.

Физиологически у многих девушек (примерно у 25%) половое влечение достигает своего полного развития лишь к 26—28 годам. По Kinsey, потребность в половой жизни у мужчин до 25 лет в среднем значительно выше, чем у женщин. У последних она достигает своего максимума к 28—30 годам и держится у многих на этом уровне примерно до 60 лет. У некоторых женщин значительное снижение полового влечения наступает к 45—50 годам. У мужчин потребность в половой жизни достигает максимального уровня к 30 годам, после чего наблюдается медленный постепенный ее спад. Нередко мужчины переоценивают физиологическую потребность в половой жизни у молодых женщин и недооценивают ее у женщин зрелого возраста. Так, многие жены до 30 лет жалуются, что мужья их в половом отношении слишком активны, а после 30 лет чаще начинают жаловаться на недостаточную половую активность мужей.

В отличие от животных у человека формируется высокое чувство любви. В его возникновении, помимо полового влечения, участвуют и высшие эмоции, связанные с отношением к человеку как к личности, например отношение к мужчине как к другу, возможному отцу детей, оценка не только физических, но и нравственных качеств. В формировании этого чувства, помимо полового инстинкта, может участвовать и инстинкт материнства, удовлетворения от возможности преодоления одиночества, альтруистическое чувство удовольствия от ухода за другим

существом и т. п., поэтому чувство любви в широком смысле слова может быть доступно человеку, даже равнодушному в половом отношении.

Чувство влюбленности, связанное с сильным половым влечением, влияет на процессы мышления, на критические способности. Оно ведет к возникновению аффективно заряженных представлений, делающих мышление кататимным. Отсюда давно подмечено, что «любовь делает человека слепым». Эта «ослепленность», однако, способствует преодолению различных задержек, препятствующих половому сближению, и с точки зрения продолжения рода является биологически целесообразной. В то же время усиление полового влечения в период влюбленности сопровождается повышенной реактивностью мозговых структур, делающих человека более отзывчивым к действию сексуальных раздражителей. В процессе семейной жизни на смену влюбленности приходит глубокое чувство взаимной привязанности, взаимного привыкания. Резюмируя, можно сказать, что любовь у человека — явление биосоциальное.

ОРГАЗМ

Оргазм — это высшее сладострастное половое ощущение. При половом акте он возникает в момент его завершения и сопровождается чувством полового удовлетворения и избавления от мышечного напряжения и вазоконгестии (прилива крови к половым органам).

Многие женщины в момент появления оргазма испытывают словно внезапную остановку, задержку всех психических процессов, словно внезапное оцепенение, а затем чувство сильного толчка в области клитора или в глубине влагалища и ощущение излучения тепла, распространяющегося с этих участков по всему телу. Возникает ощущение, словно что-то выдавливается из организма (отсюда ложные представления о существовании женской эякуляции). Рожавшие женщины указывают, что близкое ощущение возникало у них в начале родов в момент схватки. Чувство разлившегося тепла сменяется появлением сильных непроизвольных ритмичных сокращений (пульсаций) в области влагалища, малого таза, иногда и наружных половых органов. Эти ощущения сопровождаются ощущением необычайного сладострастия, «ошеломляющего экстаза», не поддающегося контролю.

Интенсивность переживания оргазма может быть различна. Она может варьировать даже у одной и той же женщины при половой жизни с одним и тем же партнером. Это может быть иногда легкое слабое приятное ощущение, иногда сильнейшая, неистовая страсть, переживание, во время которого женщина совершает бурные экспрессивные движения.

Физиологическим началом оргазма, по Masters и Johnson, являются ритмичные сокращения мышц половых органов, возникающие вначале в наружной трети влагалища. Ритмичные сокращения возникают также и в мускулатуре матки. Сокращения влагалища проходят с интервалами 0,8 секунды. Количество и интенсивность ритмичных сокращений влияют на силу оргазма. При 3—5 сокращениях многие женщины отмечают слабый, при 6—8 — средней силы и 9—12 — сильный оргазм, однако встречаются женщины, которые испытывают сильнейший оргазм при 3—5 сокращениях. Во время оргазма дыхание может учащаться до 40, частота сердечных сокращений — до 180 и более в минуту. Отмечается значительное повышение артериального давления: систолического — на 30—80, диастолического — на 20—40 мм рт. ст. Так, максимальное давление может, например, повышаться со 120 до 200 и даже 220 мм рт. ст. В момент оргазма часто отмечается резкое покраснение кожи груди и лица.

Эндокринные изменения и церебральные процессы, лежащие в основе оргазма, мало изучены. Несомненно, что переживание это связано с возникновением процесса возбуждения в глубоких структурах мозга, в частности в лимбической системе. Оно близко к протопатическим эмоциям. На электроэнцефалограмме в момент оргазма дельта-ритм сменяется появлением медленных волн большой амплитуды.

Картина сходна с изменениями электрической активности при малых эпилептических припадках, а также во время клонической фазы большого эпилептического припадка. По окончании оргазма медленные волны вновь сменяются бета-ритмом.

Нами предложена следующая классификация оргазма:

I. По источнику возникновения: 1) коитальный, 2) экстракоитальный (поллюционный, мастурбаторный, петтинговый, случайный).

II. По локализации: 1) клиторический, 2) вагинальный, 3) неопределенной локализации.

III. По течению: 1) кратковременный (пикообразный), 2) затяжной (волнообразный), 3) однократный, 4) многократный.

IV. По интенсивности: 1) сильный, 2) умеренный, 3) слабый.

Оргазм может возникать как при половом акте (коитальный), так и без него (экстракоитальный). Последний чаще всего наблюдается во время сна (поллюционный оргазм) и сопровождается эротическими сновидениями. У мужчин при этом возникает семяизвержение (поллюция). Некоторые авторы говорят о поллюциях и у женщин, понимая под этим возникающие во время оргазма выделения из влагалища секрета бартолиниевых желез, а также транссудата из венозных сплетений вокруг влагалища. Поллюции следует считать проявлением саморегуляции половой функции, они ведут к снижению половой возбудимости. Это явление нормальное. По данным нашей сотрудницы З. В. Рожановской, эротические сновидения когда-либо видели 240 из 500 опрошенных ею женщин, причем у 111 сновидения сопровождались оргазмом. Из 99 женщин, никогда не испытывавших оргазма во время половой жизни, 23 испытывали оргазм во время эротических сновидений.

Эротические сновидения с переживанием оргазма могут быть и до начала половой жизни. Они обычно возникают при вынужденном половом воздержании у лиц с сильным половым влечением, а также в тех случаях, когда это влечение во время половой жизни удовлетворяется недостаточно. При интенсивной половой жизни или при частой мастурбации эротические сновидения с оргазмом обычно прекращаются.

На оргазме при мастурбации (онанизме) мы остановимся в соответствующем разделе.

Одной из частых причин возникновения оргазма является петтинг. Под петтингом Kinsey понимал телесный контакт лиц противоположного пола, не сопровождающийся половым актом, для получения эротических ощущений. Формы этого контакта в понимании автора могут быть различны — от поцелуев и ласк тела до прикосновений к гениталиям. Г. С. Васильченко справедливо предлагает понимать под петтингом лишь преднамеренное вызывание оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталий. По Kinsey

(США), 91% женщин в возрасте до 25 лет когда-либо практиковали «петтинг» до брака, причем 39% женщин испытывали во время петтинга оргазм.

К возникновению оргазма может привести также случайное механическое раздражение гениталий, например при езде на велосипеде, при шитье на швейной ножной машинке, при лазании по канату (случайный оргазм).

Ощущения, возникающие в начале оргазма, могут локализироваться либо в области клитора, либо в области влагалища. Некоторые женщины не могут точно указать их локализацию. В соответствии с этим можно говорить об оргазме клиторическом, вагинальном и оргазме неопределенной локализации. Из ста опрошенных нами нефригидных женщин клиторический оргазм отмечен у 20, вагинальный — у 36, оргазм неопределенной локализации — у 44. У некоторых женщин бывал оргазм как первого, так и второго вида. Одни женщины испытывают большее удовлетворение при клиторическом, другие — при вагинальном оргазме. Клиторический оргазм чаще наблюдается у женщин, у которых клитор является высокочувствительной эрогенной зоной, вагинальный — у женщин, у которых такой эрогенной зоной является влагалище. При стимуляции клитора чаще возникает оргазм клиторический, однако может возникать и вагинальный оргазм. Клиторический оргазм может возникать и при половом акте, сопровождающемся глубоким введением мужского полового органа во влагалище, или при пролонгированной стимуляции последнего. Freud полагал, что по мере достижения «психосексуальной зрелости» женщины происходит переход клиторического оргазма в вагинальный, что является, на наш взгляд, сомнительным. Вагинальный оргазм может возникнуть у женщины и вне полового акта как при изолированной стимуляции эрогенных зон влагалища, не сопровождающейся давлением на клитор, так и при изолированной стимуляции клитора без прикосновения к влагалищу. В локализации оргазма имеют значение, помимо места приложения стимуляции, также конституциональные особенности женщины. Подмечено, что клиторический оргазм встречается несколько чаще у женщин с властными чертами характера, вагинальный — у мягких, «женственных» натур (З. В. Рожановская, А. М. Свядощ). При физиологических исследованиях каких-либо различий между вагинальным и клиторическим оргазмом не обнаружено.

Оргазм у мужчин обычно длится лишь несколько секунд. Такой тип оргазма, при котором сила сладострастного ощущения быстро нарастает и быстро спадает, может быть назван пикообразным или кратковременным оргазмом. Такой же тип оргазма, часто лишь несколько более длительный, наблюдается и у многих женщин. Кроме того, у них в отличие от мужчин может быть и затяжной оргазм. Он непрерывно длится в течение 20—60 секунд и дольше. Затяжной оргазм может носить волнообразный характер, то усиливаясь, то значительно ослабевая, и тогда он длится несколько десятков минут, а иногда даже час — полтора. По данным З. В. Рожановской и А. М. Свядоща, кратковременный пикообразный оргазм встречается у 60%, затяжной — у 40% женщин, при этом пикообразный оргазм примерно в $1^1/_2$ раза чаще встречается при вагинальной локализации, а затяжной — при клиторической.

У части женщин повторный оргазм, так же как и у мужчин, может наступать лишь после паузы в 20—30 минут, а иногда и в несколько часов. Однако нередко встречаются женщины, способные к многократным повторным оргазмам, следующим через 1—2 минуты друг за другом. Некоторые из них успевают 3—4 раза пережить оргазм, пока мужчина совершает один половой акт. Нередко встречаются женщины, чувствующие себя удовлетворенными лишь после того, как 10—15—20, а иногда и большее количество раз пережили оргазмы, непрерывно следующие один за другим.

Одна наша 19-летняя больная в течение 2 часов непрерывно совершала половые акты с мужчинами. Оргазмы следовали у нее один за другим и все же насыщения не наступало. Поведение ее было первым проявлением заболевания шизофренией.

Иногда мужчина, не зная о способности данной женщины к повторным переживаниям оргазма, после наступления у нее первого оргазма перестает себя сдерживать и заканчивает половой акт, оставляя ее недостаточно удовлетворенной. Мужчинам обычно удается удовлетворить женщин с очень длительным затяжным течением оргазма и с потребностью к многократным повторным оргазмам, лишь прибегая к дополнительному длительному мануальному раздражению ее половых органов.

По Masters и Johnson, физиологические изменения при оргазме одинаковы независимо от того, наступил ли он в результате полового акта, мастурбации или вызван представлениями, а также был ли он вызван стимуляцией

грудных желез, клитора, области лобка или влагалища. Существует значительное отличие в отношении длительности и интенсивности оргазма у разных женщин и даже у одной и той же женщины в разных случаях. Если же оргазм наступает, то клитор, влагалище и матка всегда реагируют по одному и тому же физиологическому образцу.

Оргазм имеет большое биологическое значение. Ряд зоологов полагают, что чувство удовольствия от полового акта свойственно всем млекопитающим. Чувство оргазма может возникать как у культурных народов, так и у первобытных. Биологическое значение оргазма заключается в том, что он является как бы наградой природы за совершение действий, направленных на продолжение рода, и тем самым стимулирует к повторению этих действий.

Некоторым женщинам половой акт приятен, хотя оргазм не наступает (половое удовлетворение без оргазма — satisfactio sine orgasmo). Однако большинство этих женщин способно к переживанию оргазма, если им будет обеспечена достаточная стимуляция эрогенных зон.

Так, женщина 30 лет, мать двоих детей, на протяжении 8 лет замужества ни разу не испытывала оргазма с любимым мужем, хотя половой акт вызывал приятное половое возбуждение и доставлял satisfactio sine orgasmo. Она же пережила сильнейший оргазм после того, как муж впервые применил интенсивную стимуляцию клитора. В дальнейшем при достаточной длительности и интенсивности полового акта стал возникать и вагинальный оргазм. Половой акт, не сопровождавшийся оргазмом, перестал ее удовлетворять.

Придавая большое значение оргазму в возникновении половой привязанности, укрепляющей узы брака, важно подчеркнуть, что семейное счастье зависит от очень многих факторов и не может быть сведено лишь к половому удовлетворению. Для многих холодных натур, как видим при рассмотрении аноргазмии, сексуальная сторона жизни играет весьма незначительную роль.

ПОЛОВОЙ АКТ

Половой акт (синонимы: коитус, когрессус, совокупление, копуляция) является единственным парным физиологическим актом человека. В силу исторически сложившихся этических и нравственных норм поведения он протекает в интимной обстановке, что крайне затрудняет его физио-

логическое изучение. Наиболее полные данные об изменениях в организме, возникающих при половом акте, получены Masters и Johnson (1966).

В течение полового акта можно различать иммиссию — введение мужского полового органа во влагалище, период фрикций (движений мужского полового органа во влагалище) и период эякуляции и оргазма, после чего половой акт заканчивается. Половому акту обычно предшествует подготовительный период (период взаимных ласк). С точки зрения динамики полового возбуждения можно выделить фазу возбуждения, «плато»-фазу, фазу оргазма, фазу обратного развития (Masters и Johnson). Эти фазы образуют половой цикл. Последний может иметь место как при половом акте, так и без него, например при поллюции или мастурбации.

В фазе полового возбуждения происходит наполнение кровью половых органов. У мужчины оно вызывает эрекцию — напряжение полового члена. Это ведет к резкому увеличению его объема и уплотнению. Благодаря этому становится возможным введение его во влагалище. У женщин также возникает прилив крови к половым органам. В связи с этим малые губы увеличиваются в поперечнике в 2—3 раза и цвет их с нарастанием полового возбуждения переходит из бледно-розового в ярко-красный или темно-красный. У 50% женщин увеличивается и клитор (иногда в 2 раза) и становится более плотным. Через 10—30 секунд от начала полового возбуждения половые органы женщины становятся влажными, влагалище покрывается смазкой, облегчающей скольжение полового члена. Эта смазка образуется не только за счет выделения слизи бартолиниевыми железами и малыми железами преддверья, но и главным образом за счет выпотевания жидкости из венозных сосудов, окружающих стенки влагалища.

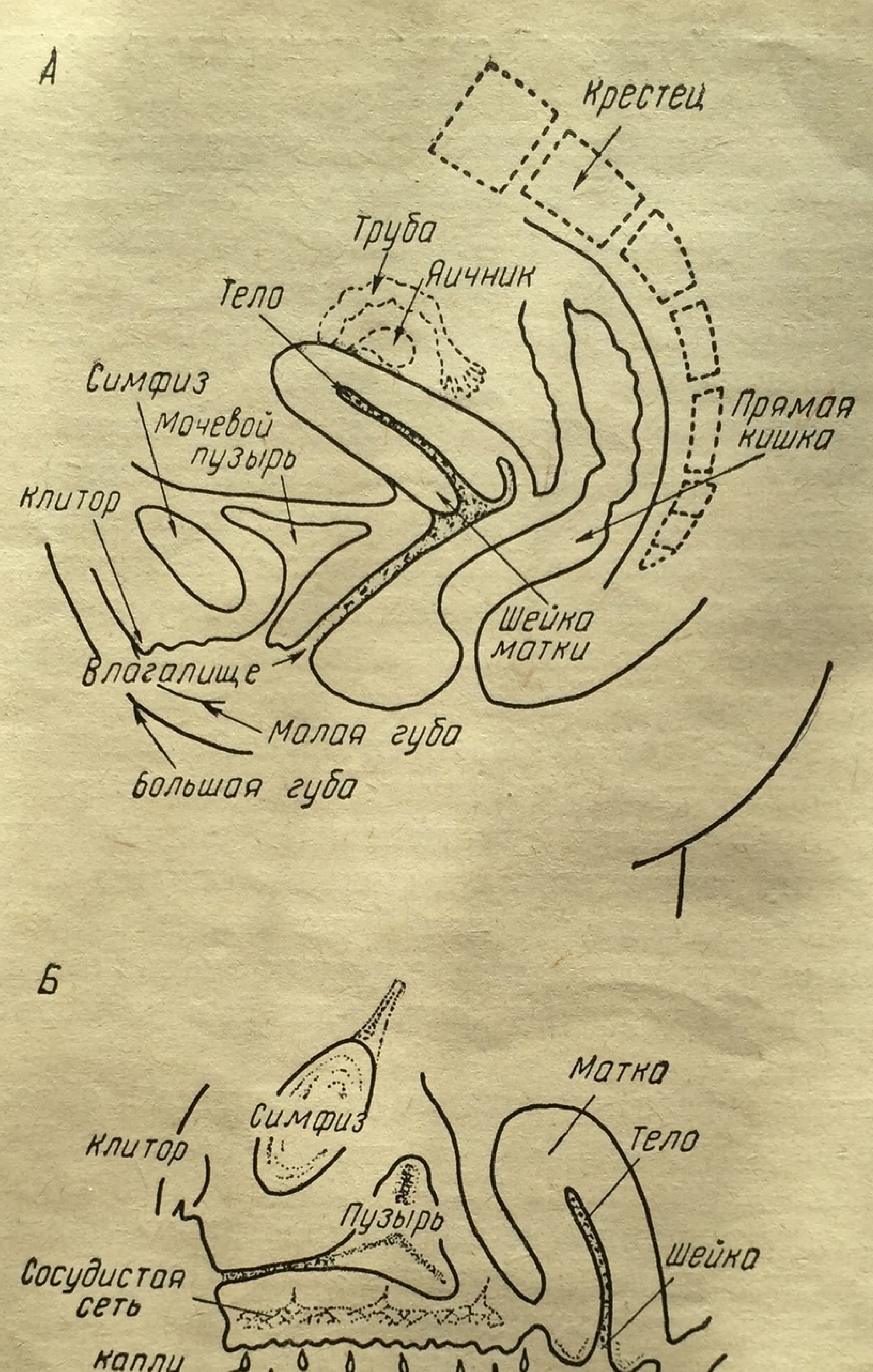
В норме у женщины в состоянии покоя стенки влагалища почти плотно прилегают друг к другу, оставляя лишь небольшую щель. В фазе полового возбуждения две внутренние трети влагалища удлиняются и расширяются. Шейка и тело матки несколько оттягиваются вверх и назад. Диаметр влагалища возле шейки матки увеличивается в среднем с 2 до 5,75—6,25 см, создавая вместилище для спермы. Длина влагалища увеличивается на 2—3 см. В это время в связи с изменениями размеров влагалища у мужчины и женщины нередко создается впечатле-

ние, что мужской половой орган «потерялся» во влагалище (Masters и Johnson).

Далее под влиянием фрикций, вызывающих ритмичное раздражение нервных окончаний, расположенных в половых органах, происходит суммация раздражений и все более и более нарастает половое возбуждение. Достигнув довольно высокого уровня, оно держится на этом уровне в течение некоторого времени («плато»-фаза). В этой фазе наступает приспособление влагалища к размерам мужского полового органа. Партнеры начинают хорошо ощущать друг друга. В наружной трети влагалища возникает выраженная местная застойная гиперемия. Наружная треть влагалища, включая bulbus vestibuli, заметно наполняется венозной кровью и набухает, вызывая местное сужение просвета влагалища на 50% по сравнению с размерами в фазе возбуждения. Образуется **оргастическая манжетка,** т. е. наружная треть влагалища становится сравнительно узкой трубкой, плотно охватывающей половой член. Благодаря этому затрудняется вытекание спермы из влагалища, а также обеспечивается более сильная эротическая стимуляция чувствительных нервных окончаний в наружной трети влагалища и увеличившихся в размерах малых губах.

В «плато»-фазе происходят увеличение в объеме грудных желез и «эрекция» соска — удлинение его на 1 см и увеличение диаметра на 0,25—0,5 см. У 75% женщин наблюдается гиперемия кожи, распространяющаяся с эпигастральной области на грудь и лицо. Повышается тонус поперечнополосатой мускулатуры, появляются периодически повторяющиеся мышечные сокращения, иногда произвольные судорожные периодические сжатия мышц кистей или пальцев ног. Резко учащается частота дыхания, сердечных сокращений. Повышается артериальное давление. Дальнейшее нарастание полового возбуждения ведет к возникновению оргазма (рис. 1, *А, Б, В, Г, Д)*.

На физиологических изменениях, возникающих при оргазме, мы останавливались выше. Здесь лишь отметим, что максимальное повышение артериального давления и учащение дыхания и сердечных сокращений наступают во время оргазма. Специфической реакцией женщины во время оргазма является появление ритмичных сокращений мускулатуры влагалища и матки (с интервалом 0,8 секунды). Сокращения влагалища начинаются в момент оргазма, матки — через 2—4 секунды от его начала.



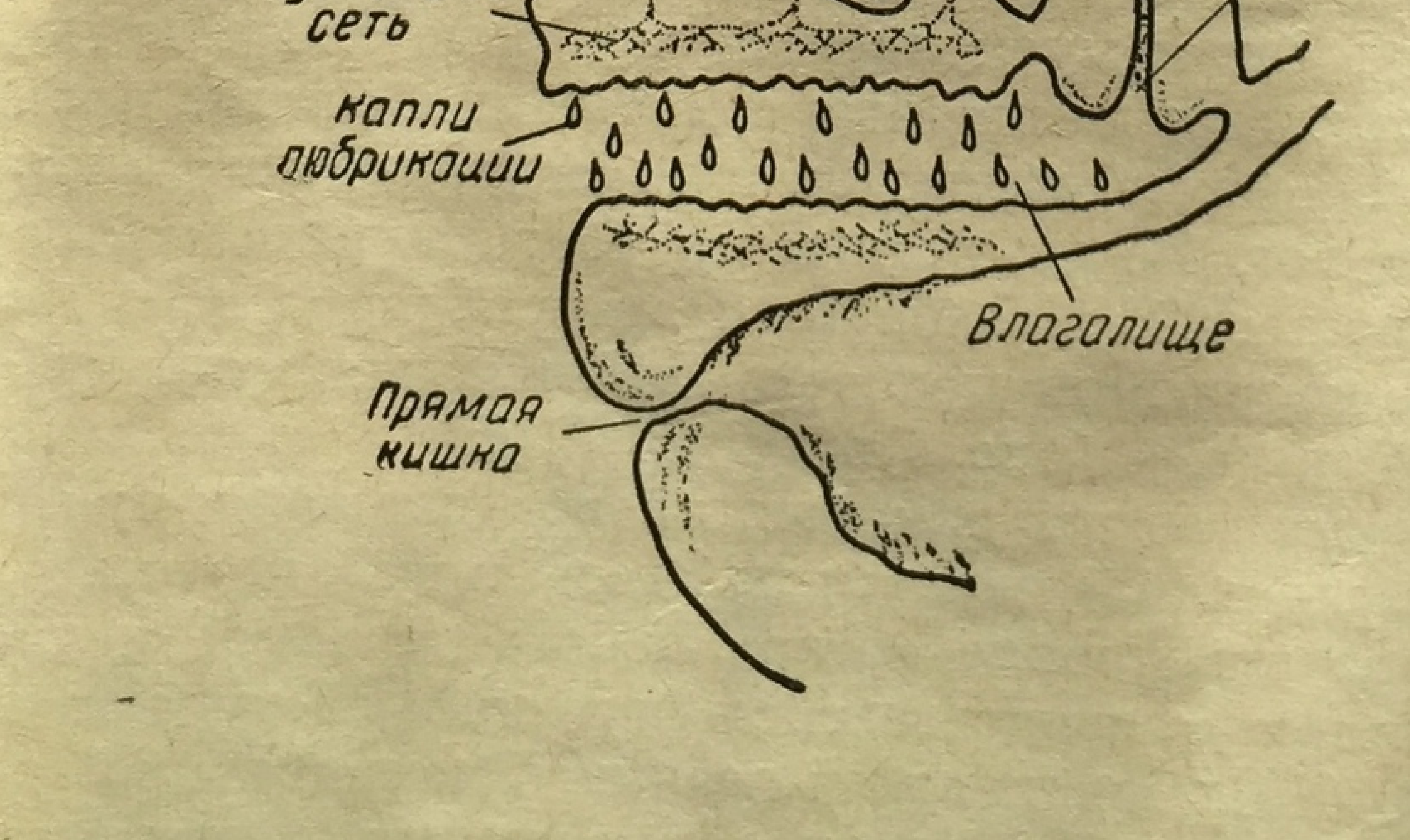


Рис. 1. Женские половые органы в периоды полового цикла.

А — состояние покоя; *Б* — фаза полового возбуждения (ранний период), любрикация влагалища;

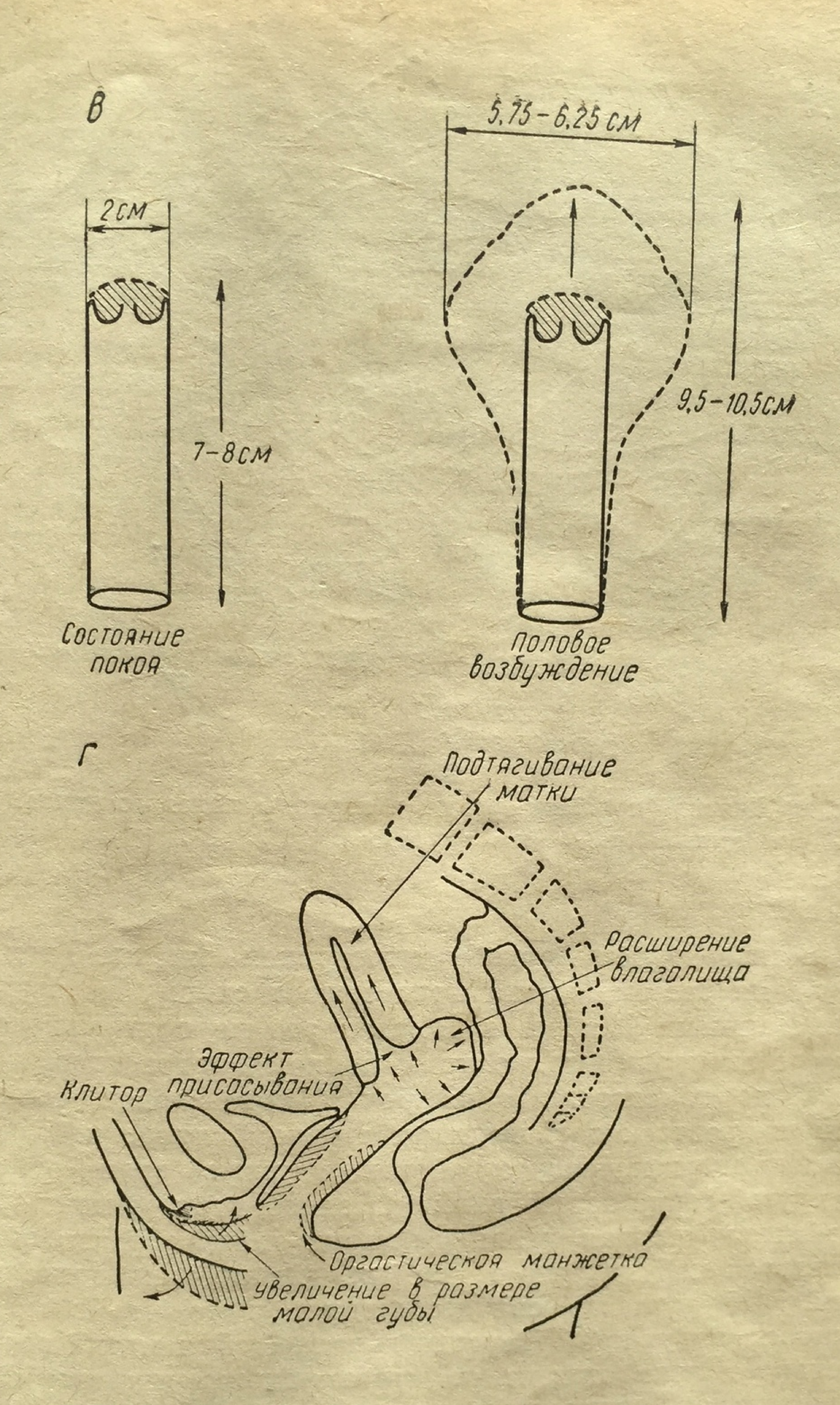


Рис. 1. Женские половые органы в периоды полового цикла.

В — фаза полового возбуждения (поздний период), расширение влагалищной трубки; *Г* — «плато»-фаза;

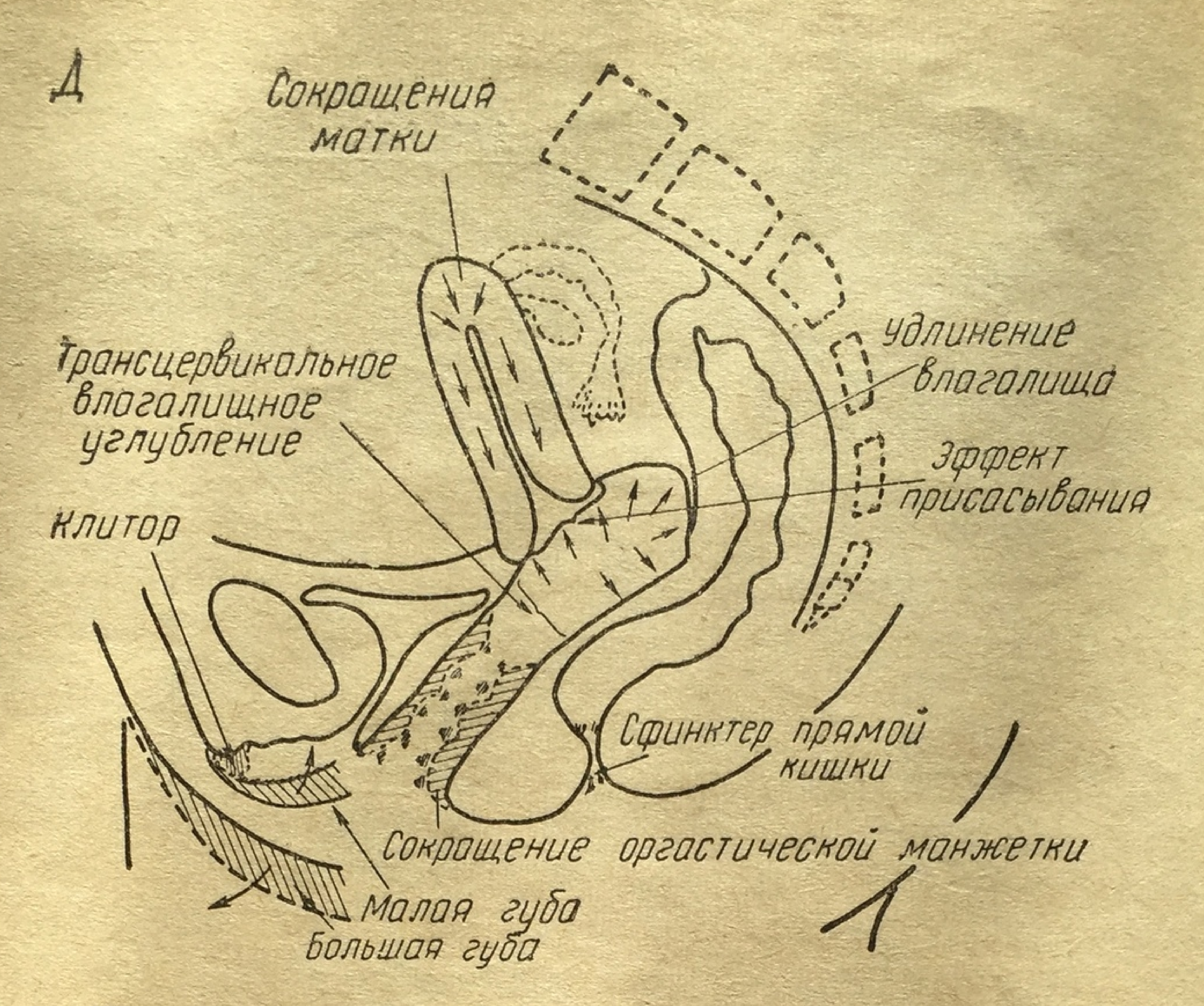


Рис. 1. Женские половые органы в периоды полового цикла.
Д — фаза оргазма (по Masters и Johnson).

В литературе широко распространено мнение о том, что во время оргазма матка присасывает сперму из влагалища. Данными Masters и Johnson это не подтверждается. Так, в экспериментах с применением контрастного вещества, по консистенции и прочим показателям близкого сперме, рентгенологически ни в одном случае не обнаружилось присасывающее действие матки во время оргазма. В другой серии наблюдений оказалось, что в момент оргазма менструальная кровь из матки толчкообразно выбрасывается наружу, что также говорит против «присасывания». Об этом же свидетельствует и то, что в момент оргазма наружное отверстие канала шейки матки сравнительно далеко отстоит от места нахождения спермы во влагалище. Приведенные данные говорят о том, что сокращения матки при оргазме направлены не на присасывание, а на изгнание.

У мужчины оргазм тесно связан с наступлением эякуляции. Оргазм начинается с ритмичных сокращений семявыносящих, семявыбрасывающих протоков и семенных пузырьков. Эти сокращения переживаются мужчиной как сладострастные ощущения и в то же время как чувство неизбежности наступления эякуляции, чувство надвигающегося оргазма, остановить который уже невоз-

можно. Они длятся 2—3 секунды. В это время семенная жидкость поступает в простатическую часть уретры. Оргазм достигает своего апогея, когда эякулят с силой, под большим давлением толчкообразно выбрасывается под влиянием ритмичных сокращений луковично-пещеристой мышцы промежности, мышц уретры и предстательной железы в мочеиспускательный канал и наружу. Обычно наблюдается лишь 2—3 интенсивных сокращения мышц с интервалом 0,8 секунды, после чего сокращения становятся реже и слабее. С их прекращением заканчивается и оргазм.

Вслед за оргазмом начинается период обратного развития. Возникает детумесценция — уменьшение кровенаполнения половых органов. У мужчины уже через несколько секунд эрекция значительно ослабляется, половой член становится мягким, примерно на 25% уменьшается в размерах и мужчина постепенно теряет способность продолжать половой акт. У некоторых мужчин, если они продолжают оставаться в эротизирующей обстановке (например, рядом с обнаженной женщиной), детумесценция может наступить значительно позже. После эякуляции у мужчины наступает рефрактерный период — период половой невозбудимости. В это время эротические стимулы, ласки, прикосновения к его половым органам не вызывают у него полового возбуждения. Не удается вызвать его и усилием воли. Повторная эрекция возникает обычно лишь спустя 30—40 минут, а у некоторых мужчин значительно позже (на следующий день).

У женщины после наступления оргазма также постепенно уменьшается кровенаполнение половых органов. Этот процесс продолжается у нее несколько длительнее, чем у мужчины — обычно 10—20 минут. Если же оргазм не наступил, то детумесценция наступает нередко лишь через 30—60 минут.

По наблюдениям Masters и Johnson, при длительном половом возбуждении у женщины, не доходившем до оргазма, отмечалось набухание матки и увеличение ее в размерах в 2—3 раза, резкое утолщение широкой связки, появление отечности стенок влагалища и резкое набухание малых и больших губ с увеличением их в размере в 2—3 раза. После 6-часового полового акта, не доводившегося до оргазма, появлялись болезненность в области крестца, чувство давления, возникали судорожные боли. Когда же оргазм был вызван мастурбацией, боли быстро прекратились, через 5 минут размеры половых органов уменьшились в 2 раза и через 10 минут все пришло в норму.

После наступления оргазма некоторые женщины с пикообразным, однократным типом оргазма оказываются в половом отношении невозбудимыми. У них возникает

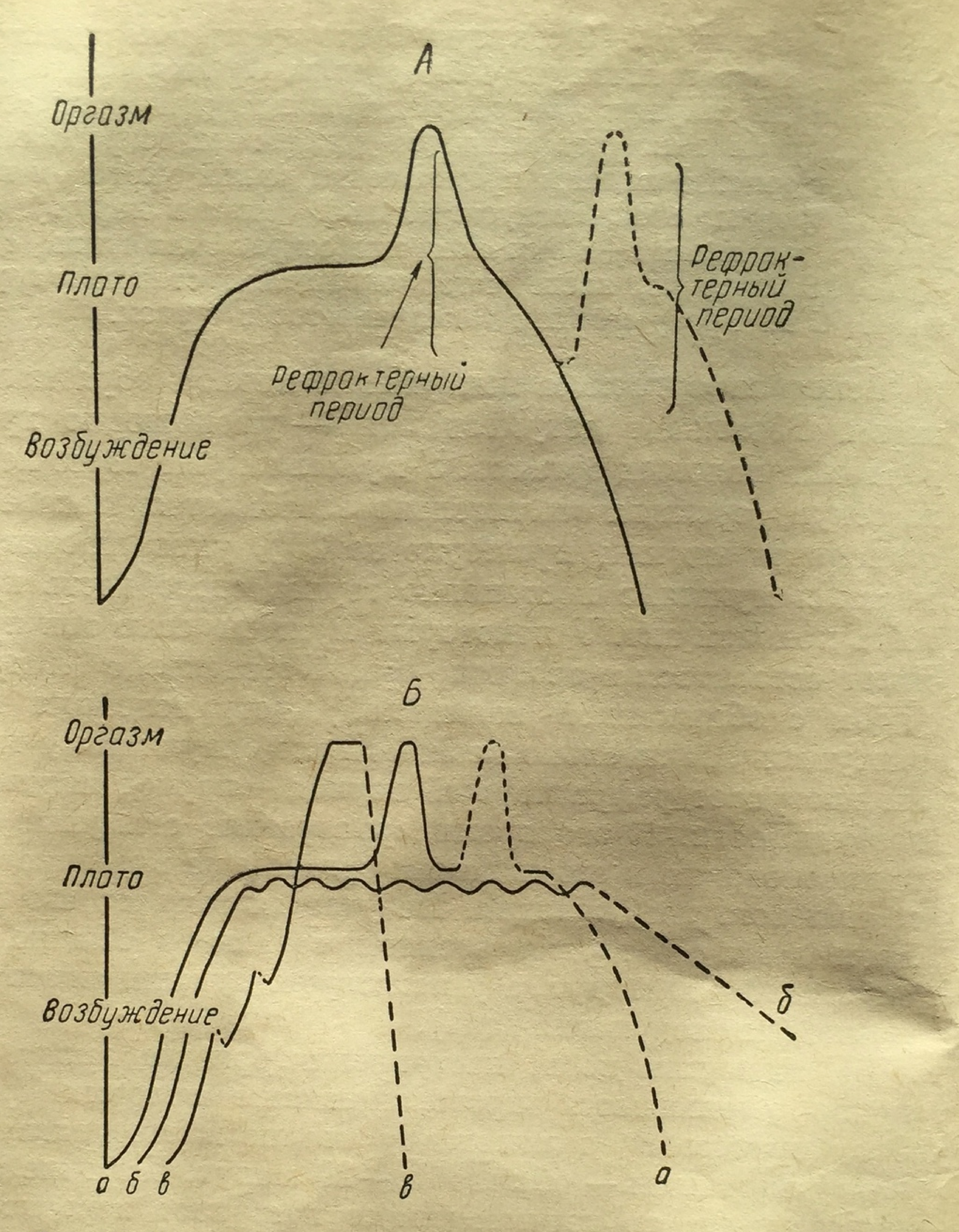


Рис. 2. Кривые полового возбуждения.
А — мужчины; *Б* — женщины. (по Masters и Johnson).

рефрактерный период, который может длиться довольно долго, иногда ряд часов, сутки или дольше. У женщин, способных к повторным оргазмам, рефрактерный период может быть весьма кратковременным — одна минута или немного дольше. Женщины, способные к многократным повторным оргазмам, нередко после наступления оргазма, если половой акт продолжается, остаются в состоянии возбуждения на уровне «плато»-фазы и на этой фазе у них вновь и вновь повторно возникают оргазмы, причем каждый раз возбуждение падает лишь до уровня «плато»-фазы (рис. 2, *А, Б*).

Явления обратного развития не обязательно наступают лишь после оргазма или эякуляции. Они могут начаться на любой фазе, на которой половой акт будет прерван или возникли какие-либо помехи для его нормального течения.

После наступления оргазма застой крови в наружной трети влагалища уменьшается очень быстро, благодаря чему прекращается сужение его наружной трети, препятствующее вытеканию спермы. Если же оргазм не наступил, то в процессе обратного развития сужение влагалища (оргастическая манжетка) держится минут 20—30, тем самым увеличивая вероятность оплодотворения спермой. В связи с этим Masters и Johnson рекомендуют женщинам, желающим забеременеть, не доводить себя до оргазма. Если мужчина после эякуляции продолжает совершать коитальные толчки (фрикции), то каждый из них способствует вытеканию семени.

Объективными признаками наступления оргазма у женщины являются ритмичные сокращения наружной трети влагалища. У некоторых женщин в момент оргазма соски настолько сокращаются, что кожа вокруг них становится морщинистой. Это также может явиться заметным телесным признаком наступления оргазма.

Половой акт переживается многими женщинами как кульминационный пункт в сложных межличностных отношениях с мужчиной, как физическое и духовное слияние с ним. Они чувствуют себя оскорбленными, если мужчина сразу же после половой близости перестает обращать на них внимание, отворачивается и засыпает. Они обычно нуждаются в завершающих ласках, проявлении нежности, внимания, благодарности и лишь тогда чувствуют себя удовлетворенными.

Глава IV

МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИНЫ

Половая функция связана с наиболее интимной стороной жизни человека, поэтому выяснение ее представляет значительные трудности. Оно требует от врача большого такта, чтобы не задеть чувство стыдливости женщины и вызвать ее доверие.

Беседа должна обязательно протекать с глазу на глаз, без присутствия в кабинете другого врача, медицинской сестры или санитарки. Даже наличие мужа, находящегося за дверью кабинета, иногда оказывает тормозящее влияние на больную.

Если женщина обращается к врачу по поводу нарушения половой функции, например отсутствия полового удовлетворения, то последующий сбор анамнестических сведений, как показывают наши наблюдения, не представляет значительных затруднений. Сам факт обращения к врачу с этими жалобами говорит о том, что больная заранее настроилась на возможность беседы на сексуальную тему и в той или иной степени преодолела чувство смущения. Все же и в этих случаях желательно предупредить больную, что врач будет вынужден коснуться интимной стороны ее жизни и, получив ее согласие, между прочим, заметить, что содержание беседы никогда не станет чьим-либо достоянием и об интимных сторонах не будет сделано записи в истории болезни.

Беседа обычно начинается с выяснения жалоб больной, семейного анамнеза, анамнеза жизни и гинекологического анамнеза, затем выявления характерологических особенностей и психотравмирующих переживаний. После этого переходят к сексологическому анамнезу[1]. Объем сведений

[1] А. М. Свядощем и З. В. Рожановской разработана кодированная анкета-опросник, позволяющая подвергнуть полученные данные статистической обработке на ЭВМ.

зависит от характера жалоб больной. Так, например, при жалобах на появившееся в последние годы резкое усиление полового влечения не расспрашивают о подробностях протекания полового акта, существенных при обследовании больной с аноргазмией.

У всех больных с сексуальными нарушениями желательно выяснить характер первых половых переживаний, проявлений полового любопытства, сексуальных игр и контактов в детском возрасте, первые сведения о различиях полов и половой жизни, источники информации и реакцию на информацию, сексуальное воспитание в семье (строгое или свободное). Появлялся ли интерес к мальчикам, было ли чувство влюбленности (в каком возрасте), встречи с мальчиками, поцелуи, ласки эротического характера, петтинг, какова была реакция на них. Мечтала ли о замужестве, семье, детях. Испытывала ли влечение к ласке, нежности, было ли влечение к половому акту, когда оно появилось. Бывали ли эротические сновидения, время их появления, частота, содержание (ухаживание, ласки, половой акт), сопровождались ли они оргазмом. Оказывают ли возбуждающее действие рассказы и кинофильмы эротического содержания, вид обнаженного мужского или женского тела, половых органов мужчины. Было ли когда-либо желание их разглядывать. Имеются ли четкие эрогенные зоны, какие? Не вызывало ли когда-либо специальное или непреднамеренное прикосновение к половым органам (например, во время мытья) полового возбуждения, не пробовала ли заниматься самовозбуждением (онанизмом).

В случае замужества выясняются взаимоотношения супругов, наличие чувства влюбленности, уважения, духовного контакта, бытовые условия (спят ли одни в комнате), динамика ритма половой жизни. Началась ли она в браке или до брака, что побудило начать ее до брака. Как протекала дефлорация (болезненность, кровотечение, поведение партнера при дефлорации, реакция на дефлорацию). Возникал ли оргазм во время полового акта, когда возник впервые, при каких обстоятельствах, с чем можно связывать его первое появление (большей длительностью акта, изменением позы, изменением психологической атмосферы и т. п.). Характерные особенности оргазма (скорость наступления, тип, самые короткие интервалы между двумя оргазмами и т. д.). Частота половых актов в неделю, как часто они сопровождаются оргазмом. Самочувствие

после половой близости. Как воспринимается половой акт, не сопровождающийся оргазмом (приятен, безразличен или тягостен); возникает ли состояние фрустрации. Удовлетворенность половой жизнью. Потребность в половой жизни и как переносится половое воздержание. Половая возбудимость в разные периоды менструального цикла. Поведение мужа непосредственно после полового акта.

Помимо этих общих сведений, в случае аноргазмии выясняются особенности протекания полового акта (при наличии в прошлом нескольких партнеров — с каждым из них): длительность, психоэротическая настроенность перед половым актом, эротическая подготовка к половому акту (проявления нежности, ласки тела, грудных желез, области клитора), длительность и интенсивность этой подготовки и реакция на нее. Увлажняются ли половые органы к началу полового акта. Какова интенсивность фрикции. Проводилась ли дополнительная мануальная стимуляция клитора во время фрикций. Какие позы применялись при половой близости и какие из них более приятны. Каково поведение по отношению к мужу: ласкова ли с ним, ищет ли половой близости или уклоняется от нее под различными предлогами. Не симулирует ли оргазм. Какие проявления сексуальных отношений больная и ее муж считают приемлемыми с моральной или иных точек зрения. Чего, по мнению больной, ей недостает для того, чтобы половая жизнь стала гармоничной.

В случае онанизма выясняются обстоятельства возникновения, способ осуществления, частота актов, характеристика оргазма, сила влечения к онанизму, отношение к нему (индифферентное, угрызения совести, представления о «страшных» последствиях).

Исследование больных с перверсиями проводится по общим принципам, принятым в психиатрии. При этом уделяется внимание обстоятельствам возникновения перверсии и ее проявлениям, а также характерологическим особенностям личности. В случае гомосексуализма, кроме того, желательно выяснить течение беременности у матери больного. Не предпринимались ли попытки ее прерывания, не подвергалась ли мать во время беременности лучевому воздействию, не принимала ли гормональные препараты или нейролептические средства (особенно на IV—VI месяце беременности). Выясняется также, кто из родителей был ведущим в семье (лидером), отношение к отцу и ма-

тери, количество братьев и сестер, предпочтение мальчишеским или женским играм и занятиям, мужским или женским профессиям, любовь к женским нарядам и украшениям, косметике, мужской одежде. Половая жизнь с мужчинами, если таковая была, и реакция на нее. Появление гомосексуальной направленности полового влечения и ее проявления. Частота и форма гомосексуальных контактов. При каких обстоятельствах впервые возник оргазм. Играет ли роль «мужа» или «жены» в случае возникновения гомосексуальной пары? Ощущает ли себя мужчиной или женщиной? Считает ли гомосексуализм противоестественным и хотела ли бы лечиться?

После беседы переходят к соматическому обследованию. У всех больных с сексуальными нарушениями обращают внимание на телосложение (отношение ширины бедер к ширине плеч), выраженность вторичных половых признаков, наличие явлений маскулинизма. Выясняют состояние внутренних органов, неврологический статус. Проводится детальное неврологическое обследование, включающее электроэнцефалографию, что особенно важно в случае жалоб на гиперсексуальность, а также гомосексуальную направленность полового влечения или подозрение на фригидность, являющуюся следствием церебрального заболевания.

Все женщины с жалобами на сексуальные нарушения подлежат гинекологическому обследованию (состояние наружных половых органов, слизистой оболочки влагалища, шейки матки, положение матки, величина и консистенция, связочный аппарат, состояние придатков, а также болезненность их при исследовании). Кроме того, важно отметить тип растительности на лобке, развитость наружных гениталий (малых губ, клитора), расстояние от клитора до наружного отверстия мочеиспускательного канала, реакцию на введение пальцев врача во влагалище (явления вагинизма), ширину и глубину влагалища от входа до шейки матки и от входа до дна заднего свода, сократимость просвета влагалища при напряжении мышц промежности (степень сжатия пальцев врача, введенных во влагалище), наличие рубцовых изменений во влагалище, болезненных рубцов. С помощью ватного тупфера исследуется тактильная чувствительность к прикосновению клитора, малых губ, наружной трети влагалища и глубоких его отделов. В случае аноргазмии желательно, чтобы врач, ле-

чащий больную, выявил характеристику основных эрогенных зон, т. е. эротическую чувствительность гениталий. Она во многом зависит от общей психоэротической настроенности женщины, и поэтому, естественно, трудно определяется в условиях врачебного обследования. Однако в известной мере даже и в этих условиях о ней можно получить достаточно четкое представление.

Перед проведением такого обследования женщине разъясняется, что, поскольку у нее отсутствует половое удовлетворение, обычного гинекологического обследования недостаточно — врачу важно выявить ее специфическую чувствительность, т. е. прикосновение к каким участкам половых органов может вызвать у нее приятные эротические ощущения. Выяснить это можно, если женщина согласна и готова соответствующим образом себя настроить. Обследование проводится лишь при ее согласии.

Обстановка обследования и фиксация внимания женщины на своих ощущениях иногда могут тормозить эротическую реакцию, поэтому, если при первом обследовании не удалось выявить эрогенных генитальных зон, обследование желательно повторить при следующем посещении врача.

При обследовании больных с фригидностью, гиперсексуальностью, а также явлениями гомосексуализма желательно определить гормональную функцию яичников. Для этого можно воспользоваться методом гистологического исследования влагалищных мазков. Мазки берет гинеколог на 5-й, 8-й, 11-й, 14-й, 17-й, 20-й, 23-й, 26-й день менструального цикла, т. е. через каждые три дня, начиная с 5-го дня менструального цикла. Полученные данные позволяют судить о степени насыщенности эстрогенами в разные фазы менструального цикла: в ранней фолликулиновой фазе (5—8-й день), поздней фолликулиновой фазе (11—17-й день) и лютеиновой фазе (20—26-й день).

При насыщенности фолликулярным гормоном в мазке преобладают клетки поверхностного слоя эпителия, при недостатке эстрогенов — парабазальные и базальные клетки, т. е. клетки самых низших слоев плоского эпителия влагалища. Гормональная насыщенность оценивается в виде реакций I, II, III и IV.

Реакция I — резко выраженная недостаточность эстрогенов: в мазке базальные и парабазальные клетки, «атрофический тип» мазка.

Реакция II — значительная недостаточность эстрогенов: в мазке промежуточные клетки.

Реакция III — незначительная недостаточность эстрогенов: в мазке клетки нижних рядов поверхностного слоя эпителия.

Реакция IV — достаточное или большое количество эстрогенов: в мазке клетки верхних рядов поверхностного слоя эпителия (фолликулиновый тип мазка). Между этими четырьмя реакциями имеются переходы.

При оценке цитологического мазка следует учитывать фазу менструального цикла, во время которой он был взят. У нормально менструирующей женщины клеточный состав влагалищного содержимого и, следовательно, патологическая картина влагалищного мазка в течение менструального цикла меняются. В начале фазы пролиферации (5—11-й день) наблюдается II реакция; с нарастанием количества эстрогенов к концу фазы пролиферации, в период овуляции и ближайшие дни после нее картина влагалищного мазка меняется, соответствуя III—IV или даже IV реакции. Лютеиновая фаза цикла вновь характеризуется II реакцией.

Для суждения о гормональной функции может быть также исследована шеечная слизь. У женщин с нормальным менструальным циклом во время фолликулиновой фазы в шеечной слизи наблюдается выраженный фономен «листа папоротника». Во второй фазе цикла, во время расцвета желтого тела, этот феномен не обнаруживается. Удается обнаружить лишь аморфные глыбки. При резком дефиците эстрогенов, например в период менопаузы, наблюдается отрицательный феномен «листа папоротника».

Процесс овуляции тесным образом связан с гормональной функцией гипофиза и яичников. Для суждения о ней много ценного может дать измерение ректальной температуры. Оно проводится в течение 5 минут ежедневно утром до подъема с постели и до опорожнения кишечника и мочевого пузыря. Температура измеряется на протяжении всего менструального цикла. При нормальном менструальном цикле во время пролиферативной фазы ректальная температура колеблется от 36 до 36,8°, не поднимаясь выше 37°. После овуляции и на протяжении всей лютеиновой фазы наблюдается подъем ректальной температуры с 37 до 37,4°. Подъем температуры обычно совпадает с овуляцией. Если подъем температуры отсутствует (монофаз-

ная температурная кривая), то это обычно свидетельствует о том, что овуляция не наступала. Повышение температуры совпадает с появлением первых лютеальных признаков во влагалищных мазках. Данные цитологического исследования влагалищных мазков шеечной слизи, а также наблюдение за ректальной температурой взаимно дополняют друг друга.

Наличие мужских половых гормонов — андрогенов — может быть установлено путем исследования крови у женщины. Кроме того, много ценного для суждения об их уровне может дать определение 17-кетостероидов в моче. Для этого производится лабораторное исследование суточной порции мочи.

Глава V

КЛИНИКА ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ПОЛОВЫХ НАРУШЕНИЙ У ЖЕНЩИНЫ

До сего времени не существует общепринятой классификации функциональных сексуальных нарушений у женщины. Построение ее по этиологическому принципу встречает большие трудности, так как сходные состояния, например фригидность или гомосексуализм, бывают различной этиологии.

Нарушения половой функции могут проявляться как в виде ее усиления или ослабления, так и в виде ее извращения (перверсии) — нарушения направленности полового влечения или условий его реализации. От перверсий следует отличать сексуальные девиации — отклонения от принятых в данном обществе форм полового поведения, не относящиеся к патологии. Сюда могут быть отнесены некоторые формы онанизма (не носящие навязчивый характер), гомосексуальное поведение, не связанное с извращением направленности полового влечения, оральный контакт с мужскими (фелляция или пенилликция) или женскими (кунилингус или минет) половыми органами.

Мы будем пользоваться следующей рабочей группировкой функциональных сексуальных нарушений у женщины, построенной на клиническом принципе и учитывающей исторически сложившиеся обозначения форм половых нарушений:

I. Нарушения либидо и оргазма: 1. Алибидемия. 2. Аноргазмия: а) фригидность, б) дисгамия. 3. Нимфомания.

II. Вагинизм.

III. Генитоальгии.

IV. Половые перверсии: 1. Аутоэротизм (включая онанизм). 2. Садизм и мазохизм. 3. Гомосексуализм. 4. Трансвестизм. 5. Фетишизм. 6. Педофилия, геронтофилия, ин-

цестофилия, зоофилия. 7. Вуайеризм (скоптофилия), эксгибиционизм.

Этот список охватывает лишь основные формы функциональных сексуальных нарушений, встречающихся у женщин.

Формы эти в ряде случаев имеют не только клинические, но и патогенетические особенности.

Нозологическое положение половых перверсий весьма неопределенно. В большинстве руководств по психиатрии они описываются в главе психопатий и относятся к проявлениям особой перверсной или половой психопатии. Это мало обосновано, так как перверсии могут возникать на почве любой формы психопатии, а также у непсихопатических личностей. Чаще всего, по нашим данным, они возникают у лиц с тревожно-мнительными чертами характера, склонных к возникновению навязчивых состояний.

Перверсии (за исключением активной формы женского и пассивной формы мужского гомосексуализма, а также трансвестизма) чаще всего представляют собой проявления зафиксировавшихся навязчивых действий или влечений, возникших по механизму условного рефлекса, и в этих случаях должны были бы быть отнесены к неврозу навязчивых состояний (с проявлением навязчивости в сексуальной сфере).

В Международной классификации болезней (8-й пересмотр), принятой СССР, в разделе «Неврозы, расстройства личности и другие непсихические нарушения» в качестве самостоятельной единицы наряду с неврозами (№ 300) и психопатиями (№ 301) приведены и сексуальные извращения (№ 302).

АНОРГАЗМИЯ, ПОЛОВАЯ ХОЛОДНОСТЬ

Аноргазмия — отсутствие оргазма при половой жизни — является часто встречающимся состоянием у женщин. По мнению гинеколога Helene Michel Wolfromm, оно наблюдается у 40% женщин Франции. По Griffith, из 200 беременных, опрошенных им в Англии, 41% никогда не испытывали полового удовлетворения, 52% ощущали «поверхностное удовлетворение», 7% женщин считали себя удовлетворенными, причем лишь 2% отмечали, что оргазм наступает у них одновременно с оргазмом у мужа. Из

1500 женщин, обследованных в Вене Helene Stourzh, $1/3$ никогда не испытывала оргазма, причем из них 65% имели половые связи с разными мужчинами. Не испытывает полового удовлетворения и $1/3$ женщин, опрошенных Hanna Malewska в Польше.

По нашим данным (Караганда), из 300 женщин, регулярно живших половой жизнью не менее 3 лет, испытывали оргазм при каждой или почти каждой половой близости 16%, часто (больше чем в половине случаев) — 22%, изредка (не более чем в половине случаев) — 44% и никогда — 18%. Близкие результаты (18,4% аноргазмии) получены были и при обследовании 300 здоровых женщин в Ленинграде (З. В. Рожановская и А. М. Свядощ). В отличие от этого из 500 опрошенных мужчин аноргазмия не наблюдалась ни в одном случае (А. М. Свядощ и И. А. Попов).

Почему же аноргазмия встречается у женщин во много раз чаще, чем у мужчин? Это, видимо, объясняется биологическими факторами, а именно тем, что у мужчин, как правило, оргазм наступает лишь при наличии эякуляции. У женщин оргазм не связан с выделением яйцеклетки (беременность возникает независимо от наличия полового удовлетворения).

Мужчины, у которых не возникало полового влечения, эрекция и эякуляция, не давали потомства и, таким образом, отметались естественным отбором. Женщины же способны к половой жизни и продолжению рода независимо от наличия полового влечения и наступления оргазма, поэтому женщины с низким половым влечением и даже его полным отсутствием, а также с аноргазмией не устранялись естественным отбором.

Аноргазмия часто сочетается со снижением полового влечения или его отсутствием (алибидемией), однако может наблюдаться и при его сохранности. По данным нашей сотрудницы З. В. Рожановской, сохранность полового влечения отмечалась у женщин, всегда испытывавших переживание оргазма, в 100%, иногда — в 78%, крайне редко — в 52% и среди никогда не испытывающих оргазма — лишь в 40%. В общем аноргазмия встречается тем реже, чем сильнее половое влечение, хотя, как увидим, она может быть и при сильном половом влечении. У многих женщин половое влечение, как указывалось, пробуждается лишь после того, как они начинают испытывать оргазм.

Аноргазмия может являться следствием либо половой холодности — фригидности (frigiditas)[1], либо дисгармонии половых отношений между супругами, которые мы назовем дисгамией (dysgamia от греческого gamos — супруг).

Половая холодность женщины (фригидность). Под фригидностью, или половой холодностью, будем понимать аноргазмию, обусловленную неспособностью женщины к переживанию оргазма. Некоторые авторы (например, Bergler) чрезмерно расширяют понятие фригидности, относя к фригидным всех женщин, не способных к переживанию вагинального оргазма, поэтому фригидными по их статистике оказывается до 90% женщин. По нашим данным, фригидность встречается лишь у $^{1}/_{3}$ женщин, страдающих аноргазмией и состоящих в браке не менее одного года.

Фригидность может носить как временный, так и постоянный характер. В зависимости от вызывающих ее причин мы считаем возможным выделить следующие формы фригидности: 1) ретардационную; 2) симптоматическую; 3) психогенную; 4) конституциональную.

По выраженности явлений аноргазмии различают следующие три степени: I. Оргазм не наступает, хотя половой акт и сопровождается в той или иной степени приятным возбуждением (satisfactio sine orgasmo); во время полового акта выделяется секрет половых желез. II. Половой акт безразличен, полового возбуждения или приятных ощущений не вызывает (женщины в это время нередко бывают заняты посторонними мыслями). III. Половой акт неприятен, сопровождается тягостными ощущениями или вызывает отвращение; женщина старается избегать половой жизни.

Ретардационная фригидность носит временный характер и связана с некоторым запаздыванием (ретардацией) развития полового чувства. Способность к переживанию оргазма не у всех женщин развивается одинаково быстро. У одних она обнаруживается уже в раннем детском возрасте, у других появляется лишь спустя несколько лет после замужества или после беременности.

[1] В качестве синонима фригидности в немецкой литературе часто применяют термин «диспарейния» (dyspareunia); в англо-французской литературе диспарейнией обычно называют болезненность полового акта у женщины или комплекс тягостных ощущений (слабость, разбитость, головная боль, тошнота), возникающих у нее при половом акте.

Известны женщины, которые занимались проституцией с 12—14-летнего возраста, но лишь в 22—25 лет впервые испытали оргазм и с тех пор всегда были очень чувственными.

По Kinsey (США), испытывали чувство оргазма (при онанизме, эротических сновидениях и редко — половой жизни) в возрасте до 11 лет 9% и до 13 лет — 14% девочек. К 15 годам оргазм пережили 25% девочек и 95% мальчиков. Вызывали у себя оргазм путем онанизма в возрасте до 15 лет 20% девочек и 82% мальчиков.

Как указывалось, физиологически у многих девушек половое чувство достигает своего полного развития лишь к 26—28 годам. Во время первой брачной ночи женщины в подавляющем большинстве случаев не испытывают оргазма. Они начинают его ощущать обычно спустя недели или месяцы, а иногда и годы после замужества. Так, по З. В. Рожановской и А. М. Свядощу, оргазм испытывали (кумулятивные показатели) в первые 3 месяца после замужества 22% женщин, к концу первого года — 42%, к 5 годам замужества — 72% и свыше 10 лет — 89%. Оргазм возник вскоре после родов у 30%, значительно позднее родов (некумулятивные показатели) — у 11% женщин; в 18% оргазм впервые наступил при перемене партнера. Согласно этим же данным, из числа женщин, не испытывавших оргазма в начале половой жизни, 32% не могли связать появление первого оргазма с какими-либо внешними обстоятельствами, такими, например, как более длительная подготовка к половому акту, появление большего доверия к партнеру или благоприятные изменения жилищно-бытовых условий. Они давали ответы: «Стала понимать...», «После родов стала женщиной...». Характерно следующее наблюдение.

Т., 28 лет. Замуж вышла в 18 лет за молодого человека на 4 года ее старше. Муж нравился. До этого ни в кого не влюблялась, хотя ласки были приятны. Половая жизнь на 3-й день после бракосочетания. Дефлорация малоболезненна, с незначительным кровотечением. Восприняла ее спокойно. На протяжении первых $3^1/_2$ лет во время половой жизни оставалась равнодушной. Муж длительно совершал половой акт, перед началом проводил психоэротическую подготовку. Однако ласки тела, грудных желез, половых органов вызывали лишь появление гиперемии половых органов и увлажнение их, а эротических ощущений не возникало. Во время полового акта независимо от его длительности оставалась равнодушной. На 3-м году супружества родила дочь. После родов раза 3—4 во время полового акта возникало легкое сексуальное возбуждение. «Однажды,— рассказывает она,— все было как всег-

да, и вдруг я как провалилась... и с этого времени часто стала испытывать оргазм во время половой близости».

Больная среднего роста, правильного телосложения, вторичные половые признаки хорошо развиты. Менструации с 13 лет по 3—4 дня, безболезненные.

В данном случае ретардация в развитии полового чувства устранилась после родов.

По Stourzh, среди вышедших замуж до 20 лет фригидность встречается в 2 раза чаще, чем среди вступивших в брак после 30 лет. Таким образом, видимо, у ряда женщин наблюдается временная фригидность, являющаяся следствием некоторого запаздывания в развитии полового чувства.

Надо сказать, что эта фригидность совсем не обязательно бывает у женщин инфантильных. Она может наблюдаться и у цветущих женщин с хорошо развитыми вторичными половыми признаками. Большую роль в ее возникновении играют индивидуальные особенности темперамента. Чрезмерная строгость воспитания, ведущая к резкому подавлению сексуальности девушки, может несколько тормозить развитие полового чувства, особенно в начале замужества. Это очень ярко показано Мопассаном в романе «Жизнь» и ряде рассказов. Многие женщины с фригидностью этого типа рассказывают, что до замужества они почти не испытывали полового влечения, оставались холодными в половом отношении в первые годы замужества, однако в дальнейшем во время одного из половых актов с мужем неожиданно для себя испытали оргазм, после чего начали испытывать его часто. Во многом характерно следующее, хотя и не совсем обычное, наблюдение.

М., 30 лет, рассказала, что замуж вышла в 19 лет за молодого человека на 3 года старше ее. Жила с ним 5 лет. Муж обладал нормальной половой способностью. Она до замужества никогда ни в кого не была влюблена, никогда не испытывала желания половой близости, эротических сновидений или каких-либо признаков полового возбуждения. В своего будущего мужа также не была влюблена, хотя относилась к нему положительно; в брак вступила по совету родителей.

В течение $2^1/_2$ лет замужества оставалась фригидной. К началу полового акта возникала гиперемия наружных половых органов, выделялся секрет желез, увлажнявший вход во влагалище, однако в течение всего коитуса оставалась равнодушна и полового возбуждения не испытывала. Длительность полового акта была около 3 минут. В 21 год неожиданно впервые в жизни влюбилась. Это был сослуживец Н., с которым до этого изредка встречалась на работе. Бурная страсть к нему неожиданно вспыхнула, когда

вместе с ним за столом выполняла задание. Свои чувства от него скрыла. Дома от одной мысли о нем чувствовала жар в лице, сердцебиение. Мужа не хотелось видеть. Ночью во время половой близости с мужем представила себе, что находится в объятиях Н.; и тут впервые испытала половое удовлетворение. С этого времени оргазм стал наступать примерно через 3 минуты при каждой половой близости (иногда до 2 раз за ночь). С Н. никогда в близких отношениях не была. Мужа полюбила.

М. хорошо сложена. Растительность на лобке по женскому типу. Бедра узкие, плечи сравнительно широкие. Менструации с $16^1/_2$ лет по 3 дня, необильные. Была одна беременность, закончившаяся нормальными родами. Полагает, что забеременела в тот день, когда впервые испытала оргазм. По характеру общительная, уравновешенная, материнские чувства развиты сильно.

В данном случае имелась небольшая ретардация полового развития, о чем говорит запоздалое начало менструации и отсутствие проявления полового влечения до 22-летнего возраста. Самоустранение этой ретардации ознаменовалось появлением чувства влюбленности и исчезновением фригидности. Своеобразно то, что во время половой близости с мужем представление о другом (любимом) человеке, по всей вероятности, повысило половую возбудимость и способствовало возникновению оргазма.

По Kinsey, отмечается определенная корреляция между онанизмом до брака и фригидностью. Из женщин, не занимавшихся онанизмом, в первый год замужества не пережили оргазма 35%, а среди занимавшихся — лишь 15%. Среди первых половое удовлетворение при половом акте испытывали всегда или почти всегда в первый год замужества около 35%, среди вторых — 45%.

При ретардационной фригидности половое влечение отсутствует или слабо выражено. Эротических сновидений и экстракоитального оргазма не наблюдается. Эрогенные зоны ареактивны или слабо реактивны. Аноргазмия I или II степени носит генерализованный характер. По мере устранения ретардации пробуждается половое влечение, появляются сексуальные интересы, эротические сновидения. Повышается реактивность эрогенных зон, происходит переход от II к I степени аноргазмии.

Надо сказать, что иногда отсутствие оргазма у женщины в первые месяцы замужества обусловлено не ее фригидностью, а дисгамией, в частности недостаточным приспособлением супругов друг к другу.

С и м п т о м а т и ч е с к а я ф р и г и д н о с т ь. Симптоматическая фригидность представляет собой проявление

какой-либо основной болезни, например органического заболевания головного или спинного мозга, хронической интоксикации свинцом, наркотиками, эндокринных нарушений, гипоплазии полового аппарата, сильной боли при коитусе из-за retroflexio uteri или других причин, снижения чувствительности влагалища при фрикциях из-за чрезмерного его расширения в результате родов или полученных травм и других гинекологических заболеваний, эндогенной депрессии (иногда при депрессии половое влечение как элемент смешанного состояния усилено). Вообще к временной утрате или ослаблению полового влечения могут вести авитаминозы, постинфекционная астения, резкое переутомление и т. п. Умственное и физическое утомление являются самыми частыми причинами временного ослабления полового влечения у женщины.

При вызванной гинекологическими заболеваниями симптоматической фригидности либидо, эротические сновидения, экстракоитальный оргазм и чувствительность эрогенных зон могут оставаться сохранными. При диэнцефальной, эндокринной и интоксикационной фригидности они чаще всего отсутствуют.

П с и х о г е н н а я ф р и г и д н о с т ь. Психогенная фригидность является следствием торможения сексуальных функций психическими факторами. Она может быть обусловлена рядом причин. Так, ее могут вызывать несоответствие мужа идеалу, чувство неприязни к нему (брак с нелюбимым человеком), неуверенность в прочности семейных отношений. Надо сказать, что чаще всего это ведет лишь к временной задержке полового чувства и в дальнейшем при хорошей потенции мужа может появиться половая привязанность. Иногда, наоборот, как указывалось, сильная влюбленность до брака может смениться разочарованием, если вследствие недостаточности потенции мужа или дисгамии не наступает полового удовлетворения. Тормозить наступление полового удовлетворения могут сильное чувство любви к другому, а также, как уже говорилось, чрезмерная строгость воспитания, ведущая к подавлению сексуальности.

Сильные психотравмирующие переживания, особенно адресованные к сексуальной стороне жизни, также могут привести к задержке полового влечения, которая при этом обычно носит избирательный характер, направлена на определенное лицо и не распространяется на других лиц. Характерно следующее наблюдение.

Молодая девушка, 25 лет, 3 года назад после окончания института физкультуры была направлена преподавателем в небольшой городок. Туда же приехал на работу и ее однокурсник, которого она знала как хорошего спортсмена, но всегда считала несколько глуповатым. Вскоре согласилась выйти за него замуж. Во время первой брачной ночи муж, выпив вина, стал хвастаться своими любовными похождениями и в деталях описывать свои победы над женщинами. Это вызвало у нее такое чувство отвращения, что, несмотря на его хорошие половые способности, половое удовлетворение с ним никогда не наступало. При половой близости с другими мужчинами, даже менее потентными, оргазм возникал. Больная поступила в клинику с явлениями неврастении, вызванными неблагоприятными семейными отношениями.

К психической задержке полового чувства может привести грубость при дефлорации во время первой брачной ночи, насильственное обнажение очень застенчивой девушки, страх забеременеть, боязнь заражения, страх, что другие будут свидетелями полового акта (пребывание в одной комнате с детьми, родителями), недоверие к партнеру. Надо сказать, что вообще наступление оргазма у женщины в отличие от мужчины легче подвергается внешнему торможению. Так, воспоминание о каких-либо обязанностях, а также различные внешние помехи — музыка, телефонный звонок, скрип кровати — нередко могут нарушить наступление оргазма у женщины. У мужчины они могут вызвать угнетение эрекции, значительно реже — эякуляции и оргазма. Интересно отметить, что в животном мире самки во время полового акта часто более отвлекаемы, чем самцы. Так, по Kinsey, кошка прервет половой акт и побежит за мышью, а кот не обратит на мышь внимания.

Иногда фригидность может возникать как защитная реакция, ограждающая от полового возбуждения, не ведущего к половому удовлетворению. Так, при преждевременной эякуляции у мужа, особенно если женщина испытывает половое возбуждение, но полового удовлетворения (оргазма) не наступает (состояние фрустрации), муж и вся обстановка полового сближения постепенно начинают становиться тормозными раздражителями половой функции. Половое возбуждение не наступает, половые органы при попытке полового сближения остаются сухими.

Больная Р., 23 лет, обратилась с жалобами неврастенического характера. Вышла замуж по любви 2 года назад. До замужества однажды было эротическое сновидение с наступлением оргазма. Первое время после замужества испытывала небольшое половое возбуждение во время близости с мужем, половые органы были влажными. Полового удовлетворения не наступало, видимо, из-за

преждевременной эякуляции мужа и его сексуальной неопытности. Мужа любит за его душевные качества, ценит его как отца ребенка, но стала к нему равнодушна как к мужчине. Приготовление к половой близости и сам половой акт сексуального возбуждения не вызывают. Считает себя в половом отношении холодной. Последнее время стала раздражительной, эмоционально лабильной.

Во время беседы с больной в мягкой, деликатной форме ей дано понять, что ее фригидность является защитной реакцией на неполучение полового удовлетворения во время брака и что это имеет значение в возникновении ее нервного состояния. Рекомендовано разрешить мужу до начала половой близости проводить более активную предварительную подготовку. Приглашен муж больной, который охотно согласился сделать все от него зависящее, чтобы обеспечить жене половое удовлетворение.

Через месяц больная рассказала, что муж впервые вызвал у нее оргазм во время предварительных ласк области гениталий, что теперь они начинают половую близость после интенсивной подготовки. Отмечает, что у нее появилось сильное половое влечение к мужу и что у него возросла половая способность.

В данном случае у молодой женщины фригидность явилась защитной реакцией на невозможность получения удовлетворения от половой близости с мужем — изменение техники полового сближения привело к устранению болезненного состояния.

Роль психических факторов в половой жизни женщины отчетливо выступает в следующем наблюдении.

Л., 52 лет, обратилась с жалобой на то, что стала испытывать чувство тревожного ожидания неудачи полового сближения.

Менструации с 13 лет, по 3 дня, через 28 дней, до настоящего времени без явлений выпадения. Замуж вышла в 16 лет за друга детства, которого очень любила. В 17 и 19 родила двоих детей. Отношения с мужем были очень хорошие. Половая близость с ним была приятна, однако оргазмом не сопровождалась. Акт длился от 3 до 10 минут. Через год после вторых родов однажды во время половой близости вдруг впервые возник оргазм. Это ощущение было необычайной силы и потрясло ее. С чем было связано его возникновение — сказать не может («все протекало как обычно»). Полагает, что она «дозрела». С этого времени стала постоянно испытывать оргазм при половой близости с мужем. Приятное ощущение возникало, как только муж вводил половой орган во влагалище. Потребности в предварительных любовных ласках ни она, ни муж не испытывали. Оргазм влагалищного типа, волнообразный, сильный, наступал через 2—3 минуты от начала полового акта и длился 1—$1^1/_2$ минуты.

В 23 года потеряла мужа (погиб на фронте). В 30-летнем возрасте встретила Н.— друга студенческих лет. На протяжении 4 лет была с ним в близких отношениях. Испытывала половое удовлетворение. В 36-летнем возрасте вышла замуж за своего сверстника. Первые 2 года отношения с мужем были хорошими. Половая жизнь протекала нормально, хотя оргазм был не столь сильным, как с первыми двумя партнерами. Второй муж обладал хорошей поло-

вой способностью, более крупным половым органом, чем его предшественники, и мог длительно совершать половой акт. Начиная с 3-го года замужества муж стал часто злоупотреблять алкогольными напитками, проявлять грубость, в связи с чем отношения в семье нарушились. Оргазм при половой близости поблек, стал очень слабым. Муж попробовал прибегать к предварительным ласкам грудных желез и области клитора, однако это давало лишь слабый эффект. Половое возбуждение появлялось только в редкие дни, когда отношения с мужем были хорошими, но и тогда стало возникать лишь слабое ощущение в области клитора, переходившее на влагалище. В дальнейшем, с ухудшением отношений, и оно исчезло. Зная, что половая близость не вызовет удовлетворения, перестала настраивать себя в эротическом плане перед половым актом и оставалась в половом отношении равнодушной. Так длилось на протяжении 4 лет. Однажды после ссоры с мужем, вызванной тяжким оскорблением с его стороны (пьяный, он был циничен, ударил ее), на длительное время вовсе прекратила половую жизнь с ним. При ее возобновлении половой орган мужа вызвал очень неприятное ощущение холода и болезненное сокращение стенок влагалища. Сразу же прервала половой акт и оттолкнула мужа. С этого времени появилась боязнь, что это неприятное ощущение может повториться и поэтому вновь отказывалась от половой жизни с мужем. В течение 2 лет не жила с ним половой жизнью, после чего разошлась.

После развода неожиданно к ней приехал ее старый друг Н., живший в другом городе. Теплое чувство к нему сохранилось, однако к половой близости с ним была психологически не подготовлена и на нее не настроена. Перед сближением появилась боязнь, что может вновь возникнуть ощущение холода и боли, как при половом сближении с мужем, и это, по ее мнению, затормозило наступление оргазма. В следующие 2 дня эти же мысли вновь помешали возникновению оргазма при близости с Н., и лишь на 3-й день, после приема небольшой дозы алкоголя, сближение с Н. вызвало сильнейший оргазм. Однако при дальнейших встречах вновь возникало тревожное ожидание появления ощущения холода и боли, и это препятствовало наступлению оргазма. Появилось опасение, что возникшее нарушение в ходе половой близости может оттолкнуть от нее Н., стала избегать ее. Половое влечение к Н. испытывала и иногда ночью ей снилась половая близость с ним.

Больная среднего роста, правильного телосложения, с хорошо развитыми вторичными половыми признаками. По характеру общительная, мягкая, синтонная, тревожно-мнительная, с высоко развитым чувством долга, в то же время обладающая художественным дарованием, способная вызывать у себя яркие зрительные представления. Эрогенными зонами являются наружная треть влагалища и малые губы. Грудные железы и клитор в эротическом отношении нечувствительны.

После трех сеансов внушения в гипнотическом сне II степени по Форелю избавилась от навязчивого страха возникновения неприятных сексуальных ощущений и половая жизнь с Н. стала протекать нормально.

В данном случае у молодой женщины, вышедшей замуж в 16 лет, в первые 4 года замужества имелась ретар-

дационная фригидность. Она сама по себе прошла через год после вторых родов. Далее длительное время половая жизнь у нее протекала нормально. По характеру больная обнаруживала сочетание некоторых истерических и психастенических черт характера. Под влиянием ряда психотравмирующих переживаний, вызванных пьянством и грубостью мужа, возникла психогенная фригидность. В дальнейшем развились явления невроза ожидания. Тревожное опасение появления тягостных ощущений во время полового акта стало тормозить наступление оргазма с любимым человеком. Устранение явлений невроза путем гипнотического внушения привело к нормализации половой функции.

К психогенной форме может относиться фригидность, которую можно назвать нимфоманической. При ней во время полового акта у женщины возникает сильное половое возбуждение, однако оргазма не наступает. Имеется сильное половое влечение к мужчинам, в связи с чем женщина постоянно ищет партнера, который смог бы ее удовлетворить. Однако чаще всего в основе этого состояния лежит дисгамия.

При психогенной фригидности чаще всего либидо, эротические сновидения и экстракоитальный оргазм имеются. Эрогенные зоны в большинстве случаев реактивны. Аноргазмия I, II и III степени носит избирательный, реже генерализованный характер.

Конституциональная фригидность. В основе этой формы фригидности лежит, видимо, врожденная недостаточность психосексуальных функций. Так же как встречаются люди, от рождения лишенные музыкального слуха, так, по всей вероятности, встречаются и женщины, у которых фригидность является врожденным состоянием. Эти женщины могут быть во всех отношениях здоровыми и полноценными, с нормальной деятельностью половых желез и хорошо развитыми вторичными половыми признаками, с сохранной способностью к материнству. Они не страдают от своей фригидности и если обращаются по этому поводу к врачу, то либо потому, что хотели бы испытывать половое удовлетворение, которое испытывают другие, либо под влиянием упреков со стороны мужа. Среди них встречаются совершенно асексуальные натуры, никогда не испытывавшие полового влечения к мужчинам, никогда ни в кого не влюблявшиеся, никогда не получавшие никакого удовольствия от ласк, поцелуев или половой

близости, и есть женщины общительные, кокетливые, женственные, любящие мужское общество, танцы, ухаживания, поклонения, но никогда не испытавшие оргазма при половой жизни, хотя она и не является для них неприятной. Среди них обычно не встречаются женщины, занимавшиеся онанизмом. В этом у них не было потребности. Раздражение половых органов, как бы длительно и интенсивно оно ни проводилось, не ведет к возникновению у них оргазма и может быть одним из диагностических критериев.

Причина этой формы фригидности неясна. Возможно, что иногда (весьма редко) в основе лежит скрытая, несознаваемая гомосексуальная установка. Этому предположению, однако, противоречит то, что женщины гомосексуалистки нефригидны (А. М. Свядощ, Е. М. Деревинская) — половое влечение у них достаточно сильное, но направлено на лиц одноименного пола.

По мнению психоаналитиков (Kroger), можно выделить три типа фригидных женщин:

I. «Орально» фиксированный тип — холодные кокетки с развязным поведением. Им кажется, что все к ним несправедливы. Они обладают талантом выбирать мужей, страдающих преждевременной эякуляцией. В основе лежит «протест против чрезмерной зависимости от матери с нежеланием иметь какие-либо дары от нее» и отсюда протест против получения от мужа «подарка в виде оргазма».

II. Тип с регрессией в анальную фазу. Это аскетичные женщины, с повышенным влечением к чистоте, порядку, трудолюбию, тревоге и беспокойству за других. Выбирают мужчин пассивных. Бессознательные черты мазохизма.

III. Тип «фаллической» регрессии. Такие женщины часто выходят замуж за пожилых мужчин, так как видят в них своего отца. Часто в одежде и манерах подражают мужчинам; любят вторгаться в чужие браки, чтобы отбить мужа. В основе лежит зависть к тому, что мужчины обладают пенисом. «Они любят внешне демонстрировать свое неуважение к мужчинам, что должно обозначать, что мужской половой орган им не нужен».

Зависть к мужчине и страх повреждения гениталий,— пишет Kroger,— во многих случаях являются главной причиной истинной фригидности.

Вышеуказанные психоаналитические попытки объяснения причин фригидности представляются нам несостоятельными.

Среди конституционально фригидных много совершенно здоровых женщин, не дающих никаких оснований предполагать у них какую бы то ни было «оральную» или «фаллическую» регрессию.

И. в возрасте 19 лет по любви вышла замуж за своего однокурсника, который был на 4 года старше ее. Муж физически здоровый молодой человек, хороший спортсмен. До знакомства с И. он имел ряд случайных связей. Как мужчина отличался высокой потенцией и пользовался большим успехом у женщин. Физически был жене приятен, она любила его как человека, но при половой близости всегда оставалась совершенно равнодушной. Оргазм никогда не наступал. Муж относился к ней всегда очень хорошо, знал, что она фригидна, но не считал себя в этом виноватым, шутя говорил ей, что она легкая и нетребовательная жена. У И. двое детей, было 5 абортов. Беременела всегда очень легко. После 12 лет совместной жизни муж погиб во время несчастного случая. Замуж больше не выходила. Был ряд более или менее длительных внебрачных связей. Во время половой близости оставалась совершенно равнодушной. От своей фригидности не страдает. Последние годы скрывала ее, симулируя наступление оргазма. Физически И. цветущая женщина. По характеру живая, общительная, веселая, энергичная, заботливая мать, любит привлекать внимание мужчин.

Близко к женщинам с конституциональной фригидностью примыкают женщины с очень низким половым влечением. Они месяцами не испытывают потребности в половой близости. Оргазм возникает лишь несколько раз в течение года, а иногда и всей жизни. В жизни этих женщин сексуальная сторона играет очень ограниченную роль, причем не является источником неврозов. Фригидными или мало темпераментными являются, вероятно, не менее 20% женщин.

При конституциональной фригидности либидо отсутствует или слабо выражено. Эротические сновидения и экстракоитальный оргазм не возникают. Эрогенные зоны гениталий нечувствительны. Аноргазмия — генерализованная, чаще всего II, реже I или III степени.

При диагностике этой формы требуется большая осторожность. Об этом свидетельствуют наши наблюдения, в которых удалось устранить аноргазмию у женщины, не испытывавшей оргазма в течение 42 лет половой жизни с разными мужчинами, а также женщины, никогда не влюблявшейся, никогда не испытывавшей полового влечения, считавшей себя холодной и оказавшейся очень темпераментной, когда была применена стимуляция соответствующей эрогенной зоны.

Было бы глубоко ошибочным считать, что фригидные женщины не способны к любви, что им недоступно семейное счастье или что они не могут его обеспечить мужу и детям. Это опровергается многочисленными наблюдениями.

ДИСГАМИЯ

Дисгамия, т. е. дисгармония половых отношений между супругами, вызывающая половую неудовлетворенность, в отличие от фригидности тяжело переживается женщиной, ведет к семейному разладу и может явиться одной из причин возникновения неврозов. Душевный конфликт становится особенно тяжелым, если женщина любит мужчину как человека, как отца своих детей и в то же время хотела бы оставить его, так как он не удовлетворяет ее. При дисгамии женщина часто жалуется на то, что мужчина заканчивает половой акт слишком рано — до того, как она успевает получить половое удовлетворение, и оставляет ее в состоянии полового возбуждения. Надо сказать, что ситуация эта оказывает угнетающее действие и на мужчину, который чувствует себя обычно виноватым в том, что не смог выполнить свой «мужской долг».

Скорость наступления оргазма у мужчины и женщины зависит от многих причин. Большую роль играют индивидуальные особенности темперамента. Примерно у 10% женщин и 10% мужчин оргазм, как правило, наступает в течение первой минуты от начала полового акта. Женщины, у которых оргазм возникает быстро, считаются весьма темпераментными, они способны успеть получить половое удовлетворение почти с любым мужчиной, и мужья не жалуются на их легкую половую возбудимость. Мужчины, у которых оргазм возникает очень быстро, часто не могут удовлетворить женщин с более низкой половой возбудимостью.

Средняя длительность полового акта (от момента иммиссии и до оргазма) у большинства мужчин при непрерывном интенсивном его проведении составляет от 1 до 5 минут, у большинства женщин — в полтора — два раза дольше. Большинство мужчин в отличие от большинства женщин могут вызвать у себя оргазм сразу же после начала полового акта. Однако многие мужчины могут некоторыми произвольными действиями (вызыванием соответствующих представлений, отвлечением внимания посторонними мыслями и т. п.) задержать его наступление, особенно если они прибегают к паузам или ослаблению интенсивности фрикций, когда чувствуют, что эякуляция приближается, а женщина еще недостаточно возбуждена. При этом некоторые могут задерживать его до 10—20 минут и дольше. Надо сказать, что длительное затягивание

акта иногда может вести к возникновению застойных явлений в половых органах и поэтому нежелательно.

Некоторые женщины успевают 3—5 и даже 15 раз пережить оргазм, пока мужчина совершает один половой акт. В большинстве же случаев у мужчины оргазм возникает легче и быстрее, чем у женщины. С возрастом (обычно после 30—35 лет) у многих мужчин в связи с некоторым общим снижением половой возбудимости значительно возрастает длительность полового акта.

Некоторые сексологи называют преждевременной эякуляцией (ejaculatio praecox) те случаи, когда у мужчины оргазм наступает менее чем после 20 фрикций или если он заканчивает половой акт до истечения одной минуты. Об ejaculatio ante portas говорят тогда, когда оргазм наступает до введения полового члена во влагалище (до иммиссии). О преждевременной эякуляции можно говорить и тогда, когда очень резко сокращается способность к длительному совершению полового акта у ранее здорового мужчины, например с нескольких минут до нескольких секунд. Это может быть вызвано развитием явлений неврастении (астеническими состояниями после перенесенной инфекции, переутомлением, недосыпанием и т. п., длительным эмоциональным напряжением), различными интоксикациями, а также возникновением застойных явлений в области предстательной железы.

У молодых здоровых людей, длительно воздерживающихся от половой жизни или онанистических актов, быстрое наступление эякуляции следует рассматривать как явление физиологическое. Эякуляция может у них возникать через несколько секунд после начала полового акта. У них же при повторном акте или после нескольких дней регулярной половой жизни продолжительность полового акта удлиняется до нескольких минут. К резкому ускорению эякуляции у легко возбудимых мужчин могут привести и длительные или интенсивные ласки женщины в подготовительном периоде, резкое общее нервное возбуждение, тревожное ожидание полового сближения (невроз ожидания) и т. п.

Большое значение имеет также поведение женщины и то психическое влияние, которое она оказывает на мужчину. Так например, В. (28 лет) совершал половой акт с женой, которая вела себя обычно спокойно, сдержанно, в течение 10—15 минут. Он же с молодой женщиной, которая своим поведением демонстрировала резкое половое возбуждение, заканчивал его не более чем через 1—2 минуты.

Вид женщины, испытывающей сильное половое возбуждение, на некоторых мужчин оказывает сильнейшее психическое воздействие, вызывая у них не только эрекцию, но и резкое ускорение наступления эякуляции. Узкий вход во влагалище, хорошее развитие мускулатуры, сжимающей стенки влагалища, умение во время полового акта ритмическими сокращениями мускулатуры вызывать сжатие мужского полового органа, а также сжатие его при

возникновении оргастической манжетки во влагалище и ритмичное сокращение ее стенок во время оргазма резко усиливает эротические ощущения у мужчины и ведут к более быстрому наступлению у него оргазма, обусловливая иногда и более резкую его выраженность.

К нам обратился В., 26 лет, с жалобой на то, что он не получает полового удовлетворения со своей супругой. До брака жил половой жизнью с тремя женщинами. Во всех случаях оргазм наступал у него минут через 5, почти одновременно с оргазмом у партнерши и был резко выражен. Женат 4 месяца. Жене 22 года. Первые 3 месяца, по его словам, она была в половом отношении равнодушна, последний месяц стала испытывать оргазм во время половой близости. Половые органы у В. хорошо развиты. До начала полового акта проводит эротическую подготовку в течение 10—15 минут, сам акт с женой совершает до 45 минут. И он, и жена устают. Однако у него оргазм не возникает. Он испытывает удовлетворение лишь после того, как жена сжимает его половой орган между бедер и он совершает несколько фрикций. Жалуется, что во время полового акта с женой не ощущает ее половых органов, в то время как с другими женщинами возникало острое физическое ощущение. Один из врачей, к которому он обращался, высказал предположение, что у жены широкое влагалище, в связи с чем и возникла такая дисгармония в половых отношениях. И он, и жена любят друг друга и крайне депремированы возникшей ситуацией.

При осмотре жены нарушений со стороны половой сферы не обнаружено. Вход во влагалище довольно узкий, само влагалище неглубокое, наружные половые органы развиты нормально, клитор небольших размеров. Супруга рассказала, что всегда была в половом отношении равнодушна, никогда ни в кого не влюблялась, никогда не испытывала эротических сновидений. Мужа очень любит как человека, однако его близость и ласки полового возбуждения не вызывают. Последний месяц по совету матери стала симулировать переживание оргазма.

Выяснилось, что к началу полового акта тактильная чувствительность клитора, влагалища и малых губ сохранена. При тактильном раздражении стенок влагалища, давлении на мышцы промежности, малые губы и область клитора возникают резкое увеличение секреции во влагалище и удлинение его размеров, а также расширение внутренней трети. Оргастическая манжетка не возникает. При исследовании вагинального мазка нарушений гормональной функции яичников не обнаружено.

Рекомендована вагинальная диатермия в первые 12 дней после конца месячных по 15 минут ежедневно; перед сном горячие ванны с горчицей; метилтестостерон по 0,005 г 2 раза в день с первого дня по окончании месячных до конца цикла. Предложено ежедневно совершать специальные упражнения, направленные на развитие мускулатуры тазового дна и мышц, окружающих влагалище. Мужу дан совет во время полового акта дополнительно ввести стимуляцию клитора.

Через $1^1/_2$ месяца сообщила, что стала испытывать во время половой близости сильное половое возбуждение, хотя оргазм и не возникал. У мужа эякуляция стала возникать через 10—15 минут

после начала полового акта. По его словам, стал «ощущать» жену. Через 4 месяца у жены впервые возник клиторический оргазм.

В данном случае у жены имелась ретардационная фригидность. Во время полового акта возникала лишь начальная степень полового возбуждения — усиление секреции, расслабление стенок влагалища и увеличение его размеров. У мужа, обладающего низкой половой реактивностью, не возникало достаточных тактильных раздражений эрогенных зон полового члена и оргазм при половой близости с женой не наступал. Появление у жены «оргастической манжетки», т. е. резкого сужения наружной трети влагалища, вызывающее сильное охватывание мужского полового органа во время полового акта, а также некоторое развитие мускулатуры мышц окружающих влагалище позволили мужу испытывать половое удовлетворение.

С аналогичной жалобой на то, что муж находит ее «неинтересной», обратилась к нам молодая учительница С., недавно вышедшая замуж. Через 6 месяцев удалось добиться гармонии в интимных отношениях. Надо сказать, что подобные жалобы встречаются сравнительно редко. Большинство мужчин высокореактивны, и оргазм наступает у них достаточно быстро даже в том случае, если женщина пассивна во время половой близости и не испытывает значительного полового возбуждения. У женщины скорость наступления оргазма зависит, помимо врожденных особенностей ее темперамента, от состояния к моменту полового сближения (усталость, колебание возбудимости в связи с менструальным циклом и т. п.), психоэротической настроенности на половую близость и главное от интенсивности и адекватности стимуляции эрогенных зон.

Одной из причин дисгамии могут быть как чрезмерно крупные размеры мужских половых органов, так и их резкое недоразвитие, не позволяющее обеспечить достаточное раздражение эрогенных зон во время полового акта. Размеры мужского полового органа могут значительно варьировать в зависимости от степени кровенаполнения пещеристых тел. Так, например, под влиянием холода или отрицательных эмоций кровенаполнение может резко уменьшиться, в связи с чем резко уменьшаются и размеры полового члена, напротив, при явлениях застоя в половых органах, а также при легком половом возбуждении или под влиянием тепла размеры полового органа могут значительно увеличиваться даже в том случае, если эрекция

не наступает. Большинство сексологов считают, что мужчина способен к нормальной половой жизни, если в состоянии покоя длина полового органа не менее 3 см. В среднем в состоянии покоя размеры мужского полового органа 7—10 см. Величина члена зависит от роста человека меньше, чем величина остальных органов. Нет связи также между размерами члена и телосложением (развитием мускулатуры). При эрекции объем мужского полового органа значительно увеличивается. Длина его в состоянии эрекции составляет (считая от лобковой кости) в среднем 10—15, редко 20 см (максимально описанные в литературе размеры 35 см). Средняя длина влагалища, как указывалось, 7—10 см, причем в состоянии полового возбуждения размеры его также несколько увеличиваются. У взрослой женщины оно обладает высокой степенью растяжимости. В зависимости от положения матки (retro- или anteflexio uteri) во время полового акта мужской половой орган обычно проходит выше или ниже шейки матки — в легко растяжимый передний или задний свод влагалища. Большое влагалище может адаптироваться к члену любого размера. При маленьком влагалище, до того как эта установка произойдет, могут возникать болевые ощущения. Хотя и весьма редко, но встречаются случаи, когда половая жизнь становится невозможной из-за патологически крупных размеров мужских половых органов, вызывающих боль при сношении. Из лечившихся у нас больных трое вынуждены были оставить своих мужей только по этой причине.

Опасения некоторых мужчин, что невеста очень миниатюрна и поэтому ее легко поранить при дефлорации и, наоборот, что их половые органы недостаточно велики, чтобы удовлетворить женщину, обычно не обоснованы. Стенки влагалища обладают способностью не только к растяжению, но и к сокращению, в связи с чем быстро приспосабливаются к размерам мужского полового органа. Многие женщины отмечают, что в наступлении оргазма для них главную роль играют психическое состояние, степень психоэротической готовности к половой близости, а не размеры мужских половых органов. Встречаются женщины, испытывающие самое сильное удовлетворение при половом акте с мужчинами, имеющими половые органы небольших размеров. Для женщин с клиторическим типом половой возбудимости размеры половых органов мужчины не играют роли.

В общем, чем интенсивнее раздражение эрогенных зон, тем скорее при прочих равных условиях наступает оргазм. У некоторых женщин достаточное раздражение эрогенных зон во время полового акта достигается лишь в какой-либо определенной позе. Несовершенство техники самого полового акта также может вести к тому, что эрогенные зоны женщины не раздражаются в достаточной степени и она остается неудовлетворенной. Ритм фрикций, их длительность, интенсивность могут не соответствовать ее потребности.

У 25% женщин, как указывалось, высокочувствительной эрогенной зоной является область клитора, в то время как влагалище малочувствительно. Эти женщины обычно отмечают, что испытывают оргазм лишь в случае, если клитор подвергается дополнительному пальцевому раздражению партнером.

«Женщинам следует объяснить,— пишет по этому поводу австрийский гинеколог Helene Stourzh,— что такое раздражение клитора не приносит какого-либо вреда здоровью и безусловно допустимо в моральном отношении».

Особенно нуждаются в дополнительной стимуляции женщины, у которых клитор расположен высоко (на расстоянии более 2,5 см от наружного отверстия мочеиспускательного канала), так как в этом случае во время половой близости мужской половой орган независимо от размеров не может обеспечить его достаточного раздражения.

Характерно следующее наблюдение.

Больная К., 30 лет, цветущая женщина, обратилась с жалобами на повышенную возбудимость, раздражительность, иногда неприятные ощущения в области сердца. Замужем 10 лет. Замуж вышла по любви. Отношение со стороны мужа очень хорошее. Имеет двоих детей, однако муж, особенно последние годы, стал очень раздражать ее. Требует половой близости ежедневно. Половой акт совершает около 10 минут, иногда 30—45 минут; обладает крупными половыми органами. Во время половой близости никогда удовлетворения не испытывала. Сама близость ей тягостна. Наружные и внутренние половые органы развиты нормально, однако оказалось, что влагалище и вход во влагалище не являются эрогенными зонами, хотя и способны к восприятию тактильных раздражений. Клитор расположен довольно высоко и обладает высокой степенью эротической возбудимости. Муж ни в период подготовки к половой близости, ни во время полового акта специально область клитора не стимулирует. Мужу было рекомендовано проводить стимуляцию этой области во время полового акта, после чего жена стала испытывать оргазм через 2—3 минуты при каждой половой близости.

Иногда эрогенные зоны расположены так, что обеспечить их достаточную стимуляцию при половом акте крайне трудно.

Женщина 26 лет обратилась с жалобами на фригидность. Замужем 8 лет. Имеет 3-летнего сына. По характеру живая, общительная, женственная. Успешно занималась фигурным катанием на коньках. В брак вступила по любви. Муж проводил активную эротическую подготовку перед половой близостью, в частности интенсивную стимуляцию клитора; пробовал менять позы, однако оргазма никогда в жизни не испытывала. Во время полового акта оставалась чаще всего равнодушной, иногда половая близость была приятна. Дважды в жизни возникало чувство фрустрации, с ощущением половой напряженности. Последние 2 года стала испытывать к мужу чувство физической неприязни, хотя высоко ценила его за душевные качества, силу и красоту. Иногда бывали эротические сновидения, но и они оргазмом не сопровождались. Было еще две связи с мужчинами, однако возникало лишь легкое половое возбуждение.

Оказалось, что у больной область клитора и малых губ в эротическом плане мало возбудима. Растяжение входа во влагалище, ритмичное давление на область шейки матки и стенки влагалища по направлению к заднему своду, а также растяжение заднего свода вызывают лишь тактильные ощущения, безразличные в эротическом отношении. Сильное ритмичное давление на наружную четверть передней стенки влагалища с прижатием ее к внутренней поверхности лобковой кости вызывает сильное, быстро нарастающее половое возбуждение, которое раньше никогда при половой близости не возникало.

С согласия больной о ее индивидуальной способности было указано мужу. Ритмичным давлением па эту эрогенную зону он вызвал у жены сильнейший оргазм в первый раз через 10—15 минут от начала стимуляции, в дальнейшем — через 2—3 минуты. В течение 7—8 минут подряд возникало 8—10 и больше оргазмов. Вскоре они стали возникать и во время полового акта, если она, лежа на спине, очень сильно сгибала ноги в тазобедренных суставах, так что бедра ложились на плечи мужа, таз же при этом высоко поднимался. Появилось сильное половое влечение к мужу.

В данном случае молодая здоровая женщина в течение 8 лет половой жизни никогда не испытывала полового удовлетворения и считала себя в половом отношении холодной. Оказалось, что эрогенной зоной у нее является зона «S» и что стимуляция этой области ведет к быстрому наступлению оргазма.

В другом случае у молодой женщины оргазм наступал при половом акте через 10—15 минут и был слабым, а при глубоком ритмичном давлении на указанную выше зону — через 2—3 минуты и был сильным. Она отмечала, что во время полового акта член не попадал на высокочувствительные места, хотя муж обладал хорошо развитым половым органом.

При отсутствии адекватной половой стимуляции аноргазмия может держаться десятилетиями, а иногда и всю жизнь.

В., услышав от своей молодой племянницы о том, что она излечилась от половой холодности, попросила ее узнать у нас, не может ли она к нам обратиться, хотя ей уже исполнилось 60 лет.

Замуж вышла 18 лет. Имеет двух взрослых детей, которые живут отдельно. Муж в половом отношении был здоров. Отношения в семье были хорошие. Умер 21 год тому назад. После его смерти была в близких отношениях с шестью мужчинами. Сейчас третий год живет с мужчиной, обладающим хорошими половыми способностями, однако воздерживается от вступления в брак, так как половая близость удовлетворения ей не доставляет.

Больная среднего роста, правильного телосложения. Женственная, общительная. Менструации у нее были с 12 лет, по 2—3 дня, через 28 дней. Менопауза с 48 лет, без явлений выпадения. По заключению гинеколога наружные гениталии в состоянии возрастной инволюции. Опущение стенок влагалища. Цистоцеле. Влагалище нормальной емкости, покрыто неизмененной слизистой оболочкой. Матка маленькая, запрокинута назад. Боковые отделы свода свободны. Расстояние между клитором и наружным отверстием мочеиспускательного канала небольшое (1 см).

Оказалось, что у больной выраженный тип клиторической возбудимости и что она особенно восприимчива к легкому ритмичному давлению на головку клитора. Шейка матки, влагалище и вход в него в эротическом плане нечувствительны. После того как по совету врача при половой близости была впервые применена стимуляция клитора с давлением на его головку, оргазм стал наступать через 2 минуты от начала полового акта. До этого мужчины, с которыми она была в близких отношениях, безуспешно пытались вызвать у нее половое удовлетворение путем удлинения времени полового акта (иногда до часа) или переменой поз. Иногда возникало лишь легкое половое возбуждение, переходившее в чувство неудовлетворенности. К стимуляции клитора в той форме, в которой это ей требовалось, ни один из мужчин не прибегал.

Итак, в данном случае оргазм впервые возник при адекватной стимуляции у женщины 60 лет, до этого безуспешно жившей 42 года половой жизнью с рядом мужчин. Появился он через 12 лет после менопаузы, несмотря на то что в это время прекратилась функция яичников и в половых органах наступили атрофические возрастные изменения. Это свидетельствует о том, что оргазм в инволюционном периоде вовсе не является лишь следовой реакцией и что гормональная функция яичников не играет существенной роли в его возникновении.

У женщин, у которых оргазм возникает при напряжении мышц бедер и промежности, в то время как область клитора и влагалища при стимуляции ареактивны, вы-

звать оргазм путем полового акта обычно не удается. Если же эти области реактивны, то при соответствующей стимуляции этих зон может возникать и коитальный оргазм.

Часто причиной дисгамии является преждевременная эякуляция у мужчины, а также применение им прерванного полового сношения (coitus interruptus) в качестве средства предохранения от беременности. В последнем случае мужчина прерывает половой акт за несколько мгновений до наступления оргазма и эякуляция наступает вне тела женщины. Опасаясь беременности, женщина обычно следит за поведением мужчины — успел ли он своевременно прервать половой акт. Это отвлечение внимания может препятствовать возникновению у нее оргазма. Момент приближения оргазма у мужчины многие женщины ощущают и наступление его для них является сильнейшим раздражителем, резко усиливающим их половое возбуждение. Внезапное прерывание полового акта в это время также нередко ведет к тому, что они остаются неудовлетворенными, в состоянии сильного полового возбуждения. У фригидных женщин coitus interruptus не вызывает неприятных ощущений, однако препятствует устранению фригидности.

Возникновению дисгамии может способствовать неодинаковая степень исходного возбуждения мужчины и женщины к началу половой близости. Часто мужчина начинает половой акт намного более возбужденным, чем женщина. В результате эякуляция у мужчины может возникнуть задолго до наступления оргазма у женщины, и он оказывается не в состоянии продолжить половой акт, хотя женщина и испытывает в этом потребность.

Видимо, это встречается не столь редко, так как давно привлекло внимание церкви. Еще в 1870 г. генеральный викарий Craison в наставлении священникам, принимающим исповедь, писал: «Если у мужа наступит эякуляция до того, как жена получила удовлетворение, то ей разрешается получить его путем самораздражения половых органов. Не является грехом, если женщина перед началом полового акта прикосновением к половым органам вызовет у себя сильное половое возбуждение, которое поможет ей получить удовлетворение во время половой близости».

Низкая степень полового возбуждения к началу половой близости у многих женщин объясняется тем, что в силу индивидуальных особенностей условнорефлекторные сексуальные раздражители оказывают на них, как указывалось, менее сильное влияние, чем на мужчин. Кроме

того, и сама психоэротическая настроенность на половую близость, в значительной мере определяющая уровень возбудимости церебральных систем, с деятельностью которых связано переживание оргазма, у женщин труднее возникает и, как указывалось, легче дезорганизуется, чем у мужчин. Так, например, озабоченность женщин чем-либо, недовольство партнером, обстановка, вызывающая чувство смущения,— все это может препятствовать получению полноты сексуальных ощущений, тормозить возникновение оргазма, вызывать потребность в большей длительности полового акта для его наступления. Раздражение половых органов женщины, если она психически не настроена на получение сексуального удовольствия, обычно ведет, как указывалось, лишь к протеканию ограниченного рефлекторного акта на уровне спинальных иннерваций без всей полноты психоэротических ощущений.

Как нередко отмечают женщины, для того чтобы у них возникла психоэротическая готовность к половой близости, желание ее, половое возбуждение, им требуется предварительная подготовка в виде нежности, ласки всего тела, а затем эрогенных зон генитальной области (особенно клитора). Они жалуются, что мужчины этого не обеспечивают.

По данным Kinsey, мужчины в США в период подготовки к половому акту применяют по отношению к женам поцелуи в 99,4% случаев, раздражение молочных желез рукой — в 98%, раздражение женских половых органов рукой (в том числе пальцевое раздражение клитора) — в 95%, оральное раздражение молочных желез — в 93%, расширенную технику глубокого поцелуя— в 87% и оральное раздражение женских половых органов — в 54% случаев.

Многим молодым мужчинам для возникновения полового возбуждения не требуется предварительного раздражения их эрогенных зон. Они его даже избегают, опасаясь, что оно слишком повысит у них и без того достаточно высокую половую возбудимость, в связи с чем слишком быстро наступит эякуляция. Некоторые мужчины с невысокой половой возбудимостью могут нуждаться в предварительном раздражении эрогенных зон, без чего эрекция у них не возникает. Если жена из чувства стыдливости или ложной скромности не может этого обеспечить мужу, возникает дисгармония в половых отношениях.

По данным Американского сексологического института, в США женщины нынешнего поколения в половом отношении стали более активны. Так, из женщин, родившихся до 1900 г., раздражали

мужские половые органы рукой 80%, орально — 29%, из родившихся после 1920 г.— соответственно 95 и 52%. Иногда занимали во время полового акта активное положение (сверху) из родившихся до 1900 г.— 35%, после 1920 г.— 52%, спали голыми из родившихся в 1900 г. 37%, из родившихся после 1920 г.— 59%. Половая холодность стала встречаться в США у женщин, родившихся после 1920 г., в 2 раза реже, чем у поколения, родившегося до 1900 г., что связывают с более свободным отношением женщин нынешнего поколения США к половой жизни.

Определенный ритм фрикций, дополнительное раздражение клитора, форма сексуальных ласк перед началом полового акта, ставшие привычными во время предшествовавшей половой жизни или онанизма, могут зафиксироваться и стать важным условием для наступления оргазма. Чувство смущения, боязнь оттолкнуть супруга или отказ его выполнить эти условия могут препятствовать наступлению оргазма и вести к дисгамии, особенно у лиц, склонных к образованию очень прочных условных связей.

Нередко женщины стесняются рассказать об этих своих потребностях не только мужу, но и врачу, особенно при первом знакомстве.

Так, одна наша больная 42 лет рассказала о них врачу лишь после многолетнего знакомства во время третьего поступления в клинику по поводу навязчивого «страха загрязнения». Оказалось, что в 16-летнем возрасте она была очень влюблена в молодого человека и позволяла ему любые сексуальные действия, лишь бы они не вели к лишению ее невинности. В течение нескольких месяцев они практиковали взаимно орально-генитальный контакт. При этом оральное раздражение клитора вызывало сильнейший оргазм. Область влагалища, как в дальнейшем выяснилось, была у нее малочувствительна.

В 19 лет вышла замуж за инженера, который был на 6 лет старше ее. Мужа очень стеснялась. Во время половой близости с ним оргазм не наступал. Перед началом половой близости муж вел себя по отношению к жене очень сдержанно. Она же не решалась сказать ему, в какой предварительной подготовке она нуждается, так как опасалась, что он расценит ее просьбу как «грязное извращение». Постепенно стала фригидна по отношению к мужу. В это время возник страх загрязнения, связанный с этими сексуальными переживаниями. Однажды на курорте изменила мужу. Любовник перед началом акта проделал то, что делал молодой человек до ее брака. Половой акт начала, когда достигла предварительного сильного полового возбуждения. Испытала сильнейшее половое удовлетворение. В течение нескольких дней половой близости о страхе загрязнения не думала. При возвращении домой стала испытывать чувство раскаяния, что изменила мужу, и «чувство стыда» перед дочерьми, ни о чем не подозревавшими. Навязчивый страх загрязнения усилился. Категорически отказалась от того, чтобы врач поговорил с мужем о ее сексуальной потребности.

Видимо, иногда в возникновении дисгамии может играть роль угасание сексуального интереса вследствие чрезвычайного однообразия половых отношений.

По Levin тут можно было бы говорить об одном из проявлений «психической насыщаемости», связь которой с ориентировочной реакцией и механизмом вероятностного прогнозирования отчетливо выступила в наших наблюдениях над больными шизофренией.

«В любви,— писал Анатоль Франс,— я предпочитаю старые методы». Надо сказать, что многие люди годами придерживаются одной и той же удовлетворяющей их формы сексуального общения и не испытывают никакой потребности в вариациях и переменах. Однако иногда встречаются лица с высокой «психической насыщаемостью», у которых эта потребность имеется; относится это не только к женщинам, но и к мужчинам.

Wershub в своей книге «Половая слабость мужчины» посвящает специальную главу «Функциональной импотенции, вызванной скукой», в которой обращает внимание на эту сторону. Он цитирует следующие слова из древнеиндийского трактата о любви Кама Сутра, которые приводит как курьез: «Умная жена — мастерица в делах физической любви. Она знает много способов, при помощи которых может вызвать желание мужа, обладает богатым репертуаром любовных ласк, которые широко варьирует. Как жаль, что не посылают молодых неопытных жен к опытным женщинам передать им искусство, так же как посылают их учиться вкусно приготовлять пищу». Еще более важно, чтобы этим искусством обладал мужчина. Нередко приходится слышать от женщин, страдающих от дисгамии, сожаление по поводу того, что муж из-за неопытности не умеет обеспечить им всю полноту половых ощущений.

Надо сказать, что искусство любви («Ars amatoria» Овидия Назона) высоко ценилось в античном мире и в Индии. С проникновением аскетических идей, ставших господствующими в Европе в эпоху средневековья, это «искусство» пришло в упадок. Между тем неправильное поведение супругов во время полового акта, неумение добиваться взаимного полового удовлетворения иногда из-за неопытности, недостаточного знакомства с физиологией половой жизни или чрезмерной стыдливости является одной из наиболее частых причин дисгамии. Однако никакое «искусство» само по себе, никакие технические приемы не в состоянии привести к истинной гармонии сексуальной

жизни, сделать ее действительно полноценной. Последнее возможно лишь при наличии внутреннего духовного родства супругов, взаимного уважения и любви в высоком смысле этого слова. В формировании взаимной привязанности супругов имеет значение не только сексуальная сторона. Огромную роль играют высокое моральное удовлетворение от совместной жизни, чувства, связанные с воспитанием детей, общностью духовных интересов, избавлением от одиночества, проявлением нежности и внимания, не носящих выраженной эротической направленности, и т. д. Чем слабее половое влечение, тем меньшую роль оно играет в семейных отношениях.

При дисгамии либидо сохранно. Характерно наличие эротических сновидений и экстракоитального оргазма. Эрогенные зоны гениталий высокореактивны.

НИМФОМАНИЯ

Патологическое усиление полового влечения — гиперлибидемия — известно у женщины под именем нимфомании, у мужчины — сатириаза (нимфы и сатиры — божества древних греков).

Явления нимфомании могут проявляться как в усилении влечения к половому акту (сексомании), так и в усилении способности к многократному переживанию оргазма (гиперпотенциемии). Так, одна наша больная в своем обычном состоянии была способна пережить 1—2 оргазма, в гипоманиакальном состоянии — 20—30 оргазмов в течение ночи. Одновременно у нее резко усилилось и влечение к половому сближению. У другой больной с изменением личности после перенесенного энцефалита влечение к половому сближению резко усилилось, а способность к переживанию оргазма осталась неизменной.

Причины возникновения нимфомании различны. Одна из них — нарушение деятельности гипоталамической области, лимбической системы в результате перенесенных нейроинфекций (энцефалита), травматических или сосудистых поражений головного мозга, опухолей мозга и т. п. Эти области мозга имеют непосредственное отношение к регуляции половой функции. Характерно следующее наблюдение.

К нам на консультацию была направлена физически дряхлая женщина 70 лет, после того как гинекологические и эндокринологические заболевания были исключены. Рост ее 156 см, вес 65 кг.

Со слезами на глазах она умоляла избавить ее от появившегося несносного полового влечения. «Я не могу смотреть на мужчин,— говорила она,— они меня сильно возбуждают. Я буквально дошла до отчаяния. Сильное половое возбуждение не покидает меня с утра до вечера. Особенно интенсивно оно проявляется под утро. Я готова покончить жизнь самоубийством, если не избавлюсь от этого».

Больная росла и развивалась нормально. По характеру общительная, спокойная, уравновешенная. Окончила исторический факультет Московского педагогического института и в течение 40 лет работала учительницей в школе. Последние годы на пенсии. Менструации с 11 лет, обильные, регулярные, по 4—5 дней, через каждые 24 дня. Менопауза с 49 лет. Слабые явления выпадения прекратились через 2 года.

Половая жизнь с 22 лет — с замужества. Было 8 беременностей. Имеет двух взрослых детей: сына и дочь. Муж погиб, когда больной было 35 лет. С этого времени половой жизнью не жила. Часто испытывала эротические сновидения с оргазмом, снилась половая жизнь с мужем. В первые месяцы после замужества муж совершал 3—4 акта в течение ночи, в дальнейшем 3—4 акта в неделю. Сама инициативы к половому сближению никогда не проявляла (муж даже обижался). Оргазм вагинальный, не чаще одного раза за ночь. С 35 до 65 лет — мастурбация (3—4 раза в месяц) путем введения пальца во влагалище.

Последние 6 лет страдает сахарным диабетом в тяжелой форме (находится на диете) и гипертонической болезнью II стадии. Артериальное давление 160/80—200/100 мм рт. ст. Периодически сильные головокружения.

Заболела остро 2 года назад. Внезапно возникли сильное головокружение и тошнота. Вслед за этим появилось резкое половое возбуждение. Вначале было ноющее чувство внизу живота. Обратилась к гинекологу, однако патологии не было обнаружено. Затем это ощущение сменилось все более и более нарастающим половым возбуждением. Оно держалось в течение дня и ночи. Хотела покончить жизнь самоубийством. К мастурбации не прибегала, так как думала, что переживаемое состояние — следствие того, что в прошлом занималась ею. Эротические сновидения с оргазмом не возобновлялись. Тревога, волнение усиливают половое влечение. Грудные железы стали очень чувствительны к прикосновению. Подмывание также стало вести к усилению полового влечения. Психические факторы (телевизионные передачи или книги, где говорится о любви) усиливают влечение, в связи с чем перестала читать подобные книги и смотреть телевизионные передачи.

Гинекологи провели больной месячный курс лечения мужскими половыми гормонами — тестостероном, метиландростендиолом, в дальнейшем — женскими половыми гормонами; ни то, ни другое эффекта не дало. Бромистая камфора, триоксазин, элениум не оказали существенного влияния на силу полового влечения.

Значительного снижения силы полового влечения у больной удалось достигнуть лишь большей дозой аминазина — 150 мг в сутки. Однако препарат вызвал резкую общую вялость, адинамию, сонливость.

В данном случае у женщины 68 лет, страдавшей гипертонической болезнью, после перенесенного сосудистого

криза возникли явления нимфомании. Они упорно держались в течение 2 лет. Ослабления силы полового влечения удавалось достигнуть лишь назначением 150 мг аминазина в сутки. Можно полагать, что причиной болезни явилось нарушение мозгового кровообращения с поражением мозга на субкортикальном уровне.

В другом случае 18-летняя кассирша поздно вечером возвращалась домой по темному переулку, имея при себе крупную сумму денег. За ней погнался мужчина. Она с трудом успела вбежать домой, захлопнув перед ним дверь. Была испугана. Дрожала от волнения. Почувствовала ноющие боли внизу живота, возникли частые позывы к мочеиспусканию. С этого времени возникло сильное половое возбуждение, которое держится на протяжении 22 лет.

Больная почти постоянно испытывает сильное желание половой близости, 3—5 раз в сутки оно резко усиливается и в течение 2—3 часов становится неистовым. Тогда больная не находит себе места, иногда мечется, с трудом подавляет его внешние проявления. Приближение к мужчинам вызывает усиление полового влечения.

Наследственность не отягощена. Росла, развивалась нормально. Получила очень строгое воспитание в магометанской семье. Месячные с 14 лет, по 2—3 дня, безболезненные. Половая жизнь со времени замужества — с 21 года. Имеет 5-летнюю дочь. Половой жизнью с мужем живет через день. Половой акт при этом дает лишь кратковременную разрядку.

Половое влечение пытается подавить по нравственным соображениям. Не заводит случайных знакомств, не допускает мысли о возможности занятия онанизмом. Просит врачей удалить ей яичники, чтобы избавить ее от мучительного полового влечения. Много времени проводит дома, занимается домашним хозяйством. Избегает ходить в кино, театры, ездить в переполненных автобусах и троллейбусах, так как близость мужчин сильно ее возбуждает. Иногда начинает казаться, что они могут по ее лицу и манерам догадаться о его наличии.

До начала болезни не испытывала полового влечения, не интересовалась сексуальными вопросами, не бывало эротических сновидений, ни в кого не влюблялась. Онанизмом никогда не занималась. По характеру малообщительная, молчаливая. До 18 лет, кроме кори, ничем не болела.

Больная среднего роста, правильного телосложения, женственна. Вторичные половые признаки развиты нормально. Со стороны женской половой сферы отмечается лишь незначительное увеличение придатков. Имеются недостаточность митрального клапана ревматической этиологии, хронический гепатит.

Обследована нами стационарно в психиатрической клинике. Признаков психического заболевания не обнаружено. Симптомов органического поражения нервной системы, а также эндокринных нарушений не выявлено. Гормональная терапия, а также монобромистая камфора, транквилизаторы не дали эффекта. Лечение аминазином и другими нейролептиками не проводилось из-за болезни печени.

В данном случае у здоровой девушки 18 лет, обладавшей весьма слабым половым влечением, после сильного испуга и физического напряжения (быстрый бег) внезапно возникли явления нимфомании. Эти явления стойко держались на протяжении 22 лет. Можно предположить, что они, так же как и в предыдущем случае, были вызваны нарушением субкортикальных иннерваторных механизмов, вероятно, сосудистого генеза.

Гиперфункция коры надпочечников, например при опухоли, вызывая усиленное выделение мужского полового гормона (андрогена), также может явиться причиной возникновения синдрома нимфомании. Так, у женщины 52 лет резкое усиление полового влечения явилось первым признаком опухоли коры надпочечников. В суточном количестве мочи у нее обнаружено значительное увеличение содержания 17-кетостероидов. Усиление полового влечения нередко отмечают у себя также женщины, лечащиеся большими дозами мужских половых гормонов. Иногда оно возникает у женщин в климактерическом периоде и, по всей вероятности, связано с нарушением гормонального равновесия между мужскими и женскими половыми гормонами в связи с ослаблением гормональной функции яичников.

Усиление полового влечения в детском возрасте иногда может возникнуть под влиянием психических воздействий. К нам на консультацию мать привела очаровательную девочку 7 лет с большими бантиками на косичках, мягкую, контактную, умную. С 6 лет у девочки стало проявляться сильное половое влечение к мальчикам. Она первая вступает с ними в контакт, отводит их в сторону, проявляет интерес к их половым органам, забирается в постель к братику 12 лет и пытается совершить с ним сексуальные действия. Мастурбация отрицается. Признаков органического поражения мозга и эндокринных нарушений не обнаружено. Сильное половое влечение пробудилось после того, как мальчик, на 3 года ее старше, своими половыми органами наружно раздражал ее гениталии и просвящал ее в половом отношении. Психотерапия в сочетании с небольшими дозами аминазина дала положительный эффект — поведение стало упорядоченным.

Усиление полового влечения как симптом может встречаться при различных заболеваниях, например при маниакальном синдроме у больных маниакально-депрессивным психозом или циркулярной формой шизофрении. При этом

на передний план выступают эйфория, психомоторное возбуждение. Ослабляется задерживающее влияние этических и нравственных представителей на половое поведение. Больные начинают проявлять «половую распущенность», легко вступать в половые связи. Так, одна наша больная циркулярной формой шизофрении, скромная девушка 19 лет, заболев на курорте, стала вступать в случайные связи с малознакомыми людьми. В поезде, по дороге в Ленинград, познакомилась с мужчинами, сошла в Москве и 2 суток провела с ними в гостинице.

Хотя и крайне редко, но может встречаться резкое усиление полового влечения и во время депрессивной фазы маниакально-депрессивного психоза, возможно, как элемент смешанного состояния. В. П. Осипов рассказывал нам на лекции о больной, у которой во время депрессивной фазы возникло столь сильное половое влечение, что она ночью, вбежав в будку, в которой находился молодой часовой, стала на коленях умолять его, чтобы он совершил с ней половой акт, и тут же в будке отдалась ему.

Внезапное сильное половое возбуждение с импульсивным влечением к половой разрядке иногда наблюдается у больных энцефалитом и эпилепсией. Нами наблюдались 2 девушки, у которых после перенесенного энцефалита хотя насильственного влечения к половому сближению и не отмечалось, однако возникавшее половое влечение переставало встречать достаточное сопротивление со стороны личности. Когда оно появлялось, они готовы были идти (и нередко шли) на половое сближение с первым встречным.

Приведенные данные свидетельствуют о том, что нимфомания (а также сатириаз) является синдромом, который наблюдается при различных болезненных состояниях.

Особое место занимает так называемый синдром Дон Жуанизма — влечение ко все новым и новым «победам» над мужчинами или женщинами. В основе его в одних случаях может лежать характерное для мужчин инстинктивное влечение к обладанию женщинами, в других — изживание чувства собственной неполноценности, неуверенности в своих достоинствах и в связи с этим стремление вновь и вновь убеждаться в своей привлекательности. По мнению психоаналитиков, подавленное половое влечение к истинному объекту любви может привести к замене этого объекта бесконечной серией эрзац-объектов, ни один из которых не дает полного удовлетворения.

ВАГИНИЗМ И ПСИХОГЕННЫЕ ГЕНИТОАЛЬГИИ

Вагинизмом (от латинского vagina — влагалище) называют синдром судорожного сокращения мышц влагалища и тазового дна, возникающего под влиянием психических факторов при попытке совершения полового акта или проведения гинекологического исследования. Судорожно сокращаются при этом иногда и мышцы бедер, а также брюшной стенки.

Судорожное сокращение мышц, делающее невозможным доступ во влагалище, наблюдается не только при вагинизме. Так, оно может наступать при прикосновении к половым органам женщины, вызывающим у нее сильную боль, например вследствие нарушения целости наружных половых органов, трещин в области заднего прохода, вульвовагинита. В этом случае оно носит характер защитной, безусловнорефлекторной реакции, не является патологическим и в отличие от вагинизма может быть названо псевдовагинизмом.

На основании наших наблюдений мы предлагаем различать следующие три степени выраженности вагинизма:

I степень — реакция наступает при введении мужского полового органа во время полового акта или при введении врачом инструмента или пальца во влагалище.

II степень — реакция наступает при прикосновении к половым органам или ожидании прикосновения к ним.

III степень — реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании.

Явления вагинизма, делающие половую жизнь невозможной, встречаются сравнительно редко. Однако легко выраженные временные явления вагинизма, по поводу которых больные обычно не обращаются (часто из-за стыдливости), когда-либо отмечались примерно у 10% женщин, живущих половой жизнью. Их обычно удается выявить лишь при соответствующем опросе. Сюда относятся инициальный вагинизм, возникающий в самом начале полового акта и исчезающий при осторожных фрикциях, а также климактерический вагинизм. Последний развивается в связи со снижением либидо и сухостью половых органов в начале полового акта, что делает его болезненным или неприятным.

Клинические особенности вагинизма при разных формах неврозов не описаны. Между тем вагинизм может встре-

чаться при неврастении, неврозе навязчивых состояний и истерии.

Для неврастении характерна повышенная возбудимость и быстрая истощаемость. Малозначащие или индифферентные для здорового человека раздражители начинают вызывать повышенную реакцию. Отсюда невыносливость к шуму, яркому свету, повышенная чувствительность к интероцептивным, тактильным и болевым раздражениям. Повышенная возбудимость проявляется также в повышении сухожильных рефлексов и легком возникновении вегетативных реакций. Резко усиленной может оказаться и защитная безусловнорефлекторная реакция сокращения мышц влагалища и тазового дна, лежащая в основе вагинизма. Она может начать возникать под влиянием столь слабых раздражителей, как, например, прикосновение к половым органам.

Отсутствие психоэротической готовности к половому акту, а следовательно, сухость половых органов перед его началом, может быть вызвана различными причинами, например ослаблением полового влечения вследствие неврастении, недостаточности подготовительных ласк мужа. Психоэротическая настроенность может оказаться подавленной и тревожным ожиданием боли. Сухость половых органов делает болезненным введение полового органа во влагалище, а это при наличии повышенной возбудимости, характерной для неврастении, может оказаться достаточным для возникновения реакции вагинизма.

Вагинизм в этих случаях оказывается лишь одним из проявлений повышенной общей нервной возбудимости, т. е. одним из проявлений неврастении (неврастенический вагинизм). На передний план здесь выступает повышенная защитная судорожная реакция, а не чувство страха половой близости, поэтому обычно дело не идет дальше I, редко II степени вагинизма, и женщина вновь и вновь пытается начать или продолжать половую жизнь.

Характерно следующее наблюдение.

Больная В., 23 лет. Обратилась по поводу неврастении. При обследовании выявлены неполадки в половой жизни, оказавшие психотравмирующее воздействие. Больная происходит из невропатической семьи. Росла живым, легко возбудимым ребенком. Всегда легко краснела при волнении. Однажды был обморок при виде крови.

Месячные с 13 лет, регулярные, по 2—3 дня; первый год были болезненными. Полового влечения никогда не испытывала. Эротических сновидений не наблюдалось. Петтинг и онанизм отрицают-

ся. Замужем 4 месяца. Муж на 2 года старше больной. Отношения с мужем хорошие.

Дефлорация на 3-й день замужества, очень болезненная. Последующие половые акты были на 4—5-й день после дефлорации. Опасалась боли. Полового возбуждения не испытывала. Иммиссия полового члена и фрикции были болезненными. На 6-й день при попытке введения члена во влагалище возник спазм мышц влагалища и дна таза. С этого времени спазм стал повторяться при каждой попытке введения полового члена, а также гинекологическом исследовании. Больна 4 месяца.

Незадолго до замужества был ряд неприятностей на работе. Много работала, недосыпала, волновалась. Появилась бессонница, повышенная раздражительность, невыносливость к шуму, повышенная утомляемость. Они держатся и до настоящего времени.

Больная астенической конституции, среднего роста, правильного телосложения. Со стороны внутренних органов без особенностей. Сухожильные рефлексы равномерно повышены, легкий тремор пальцев вытянутых рук. Вторичные половые признаки развиты нормально. Спазмы мускулатуры влагалища наблюдаются при введении одного пальца.

С больной проведена беседа, во время которой выяснено ее положительное отношение к мужу и стремление сохранить семью. Указано, что спазмы мускулатуры влагалища являлись защитной реакцией на боль и что эта реакция была у нее усилена вследствие повышенной нервной возбудимости. Подчеркнуто, что в возникновении боли большую роль играет сухость ее половых органов. Дан совет в дальнейшем перед половым актом слегка смазывать половые органы жиром. Указано, что в клинике она пройдет 3-недельный курс лечения по поводу неврастении, после чего сможет начать жить нормальной половой жизнью.

Назначены малые дозы инсулина, глюкоза, витамины, препараты фосфора, железа, бромиды, валериана.

Больная прибавила в весе, наладился сон, явления неврастении сгладились. После этого при отвлечении внимания (рекомендацией напрягать мышцы живота) гинекологом введены во влагалище больной сначала 2 пальца, затем влагалищное зеркало. Предложено самой вынуть его из влагалища и убедиться в том, что она теперь здорова. Внушены наяву спокойствие и уверенность в успехе при половой близости. Мужу дан совет усилить эротическую подготовку больной перед половым актом. Явления вагинизма прекратились. Начала нормальную половую жизнь.

Диагноз: неврастения с явлениями вагинизма (неврастенический вагинизм I степени).

В данном случае вагинизм возник у больной неврастенией. Он был теснейшим образом связан с повышенной нервной возбудимостью, проявлявшейся в частности и в повышении защитно-рефлекторных половых реакций. Последние стали возникать даже под влиянием слабых условнорефлекторных раздражителей — прикосновения к наружным половым органам и влагалищу. Снижение повышенной нервной возбудимости, достигнутое в процессе лечения неврастении, наряду с психотерапией, направлен-

ной на нормализацию половой жизни, привело к выздоровлению.

Неврастенический симптомокомплекс (повышенная возбудимость + легкая истощаемость) может возникать не только при неврозе, но и при различных других заболеваниях, например соматогениях, травматической церебрастении, тиреотоксикозах, а также являться, как отмечал еще П. Б. Ганнушкин, свойством, не нажитым, а врожденным и довольно постоянным (астеническая психопатия). Во всех этих случаях он способствует возникновению вышеописанной формы вагинизма.

При вагинизме, относящемся к неврозу навязчивых состояний или психастении, а также неврозу ожидания (который мы рассматриваем как особую форму невроза навязчивых состояний), на передний план выступает фобия (фобический вагинизм) — навязчивый страх полового акта. Больные понимают необоснованность страха, пытаются его преодолеть, но не могут.

К этой форме заболевания склонны женщины тревожно-мнительные, боязливые. Нередко у них бывали в прошлом какие-либо другие фобии, например боязнь темноты. Возникновению заболевания способствует также характерная для больных неврозом навязчивых состояний и психастенией склонность к образованию патологически прочных условнорефлекторных связей, особенно имеющих отношение к чувству страха.

Страх перед половым актом у больных может быть как следствием услышанных ими рассказов, так и следствием реальной боли, пережитой при дефлорации, особенно грубо произведенной. Так же как при предыдущей форме, страх вызывает торможение психоэротического чувства, следствием чего является сухость половых органов. Последнее вызывает болезненность при попытке грубого введения полового органа во влагалище и тем самым усиливает чувство страха, создавая порочный круг. В результате не только прикосновение к половым органам, но даже приближение к ним или одна мысль о половой близости ведут к возникновению вагинизма (II или III степени). Характерно следующее наблюдение.

Больная Н., 23 лет. Направлена на сексологический прием гинекологом в связи с возникновением непреодолимого чувства страха при попытке полового сближения. При этом судорожно сжимаются бедра и мышцы брюшной стенки, а также мышцы влагалища. Реакция наступает не только при прикосновении мужско-

го полового органа или руки гинеколога, но и при одном их приближении, а также при виде кресла гинеколога и даже при одном представлении о половой близости.

Страх появился полтора года назад после грубой дефлорации, сопровождавшейся небольшими разрывами слизистой влагалища. Больная понимает необоснованность своего страха, пытается его преодолеть, но безуспешно. К мужу относится хорошо. Депремирована заболеванием. Просит помощи.

По характеру всегда мнительная, боязливая, с высокоразвитым чувством долга. С детского возраста страх темноты, с 8 лет — боязнь качелей, после того как упала с них, с 16 лет — «проверки» некоторых выполненных действий путем их двукратного повторения: должна дважды закрыть и открыть дверь, включить и выключить свет, чтобы убедиться в том, что она не забыла это сделать.

Менструации с 13 лет, по 2—3 дня, безболезненные, регулярные. При гинекологическом исследовании, проведенном под амитал-натриевым раушем, патологии со стороны половых органов не обнаружено.

Больной рекомендовано временно воздержаться от попыток половой жизни. Погружена в гипнотический сон II степени. Сделано внушение, направленное на угашение боязни полового акта. Рекомендовано дома 3 раза в день «для тренировки» вводить сначала один, потом два пальца во влагалище и совершать ими вращательное движение. Через неделю — после двух сеансов гипноза — явления вагинизма перестали возникать при мысли о половом акте. После 5-го сеанса гипноза при отвлечении внимания удалось гинекологическое исследование с введением влагалищного зеркала. Подчеркнута свободная проходимость половых путей. Супругам предложено воздержаться от половой жизни в течение месяца, однако спать вместе и допускать взаимные и интенсивные эротические ласки, в том числе с соприкосновением гениталиями, якобы с тем, чтобы больше привыкнуть друг к другу. Отдельно мужу дан совет, не ожидая месячного срока, деликатно нарушить запрет, когда это не встретит сопротивления со стороны больной. Через 2 дня больная стала допускать прикосновение гениталий мужа к своим половым органам и еще через 3 дня начала нормальную половую жизнь. Больная рассказала, что запрет жить половой жизнью избавил ее от тревожного ожидания боли и способствовал пробуждению эротического возбуждения под влиянием ласки. Диагноз: психастения, фобический вагинизм III степени.

В данном случае явления вагинизма возникли у женщины, страдавшей психастенией, после резкой боли, пережитой во время дефлорации. Свойственная психастении повышенная склонность к пассивно-оборонительным реакциям и их длительной фиксации (с детства страх темноты, страх качелей после падения с них) привела к возникновению фобического вагинизма. Угашения его удалось достигнуть сочетанием гипнотического внушения со специальными психотерапевтическими приемами: показом проходимости половых путей путем введения влагалищного

зеркала и приемом мнимого запрета половой жизни, направленного на устранение тревожного ожидания неудачи.

К этой же форме вагинизма может быть отнесена фобия дефлорации, препятствующая началу половой жизни.

Больная А., 23 лет, астенического телосложения, среднего роста. Вышла замуж год назад по любви за инженера своего возраста. Ласки мужа приятны, особенно прикосновение к большим пальцам обеих ног. Иногда эротические сновидения с оргазмом. По характеру легковозбудимая, живая, активная, боязливая. В детстве страх упасть и разбиться, боязнь прыжков. Боится дефлорации, в связи с чем сжимает бедра, как только муж пытается прикоснуться половым членом. Размеры половых органов мужа нормальные. Половой жизнью муж не жил. Попытка дефлорации в состоянии алкогольного опьянения, а также после дачи 0,4 г амитал-натрия оказались безуспешными. Глубокого сна не наступило, и больная оказывала сильное сопротивление. Явления вагинизма удалось устранить после 4 сеансов гипнотерапии и внушения, что смазывание входа во влагалище мазью с совкаином (совкаин 0,5 г, вазелин 10 г) сделает дефлорацию безболезненной. Начала нормальную половую жизнь.

К истерии мы относим лишь те нарушения, в основе которых лежит механизм «бегства в болезнь», «условной приятности или желательности болезненного симптома». Разовьются ли истерический паралич, гиперкинез, слепота, мнимая беременность или сумеречное состояние — заболевание всегда является для больной в известной мере желательным, приятным, так как оно позволяет либо найти выход из тяжелой жизненной ситуации, либо отключиться от ставшей несносной действительности. Причиной истерического вагинизма в отличие от вагинизма неврастенического и фобического является осознаваемое или неосознаваемое нежелание больной жить половой жизнью с данным лицом. Отсюда вагинизм этой формы является обычно избирательным, т. е. направленным лишь на определенное лицо. Избирательность проявлений вообще характерна для истерических симптомов (А. М. Свядощ, 1971) и, как было показано нами, проявляется, например, при истерической слепоте или глухоте в том, что больные избирательно воспринимают одни раздражители и не воспринимают другие — «видят» и «слышат» в зависимости не от интенсивности светового или звукового раздражителя, а в зависимости от его содержания, т. е. отношения к нему.

При истерических реакциях у истероидных личностей выступают черты театральности, гротеска, общей повышенной эмотивности. При истерическом вагинизме это может проявляться в виде драматического изображения боязни

и отвращения к половой близости, сопровождаться жалобами на «жгучие» боли, возникающие при малейшем прикосновении к половым органам. Однако истерические симптомы могут быть и у лиц, не являющихся истероидными психопатами, и тогда вышеуказанные сопутствующие особенности часто отсутствуют. Вагинизм в этих случаях может выступать как истерический моносимптом и не сопровождаться театральностью поведения. В связи с избирательностью и узкой направленностью вагинизма у больных обычно отсутствуют реакции на процедуру гинекологического исследования. Характерен вагинизм II степени.

Причины, порождающие нежелание больной жить половой жизнью с данным лицом, при этом могут быть различными, например вынужденный брак, физические или моральные качества мужа, вызывающие отвращение, половая слабость и т. п.

Так, у нашей больной 18 лет, по характеру упрямой, эгоистичной, склонной к театральности, истерический вагинизм развился под влиянием сложной психотравмирующей ситуации, связанной с вынужденным браком с нелюбимым человеком, значительно старше ее, к тому же резко ограничивавшим ее свободу. До этого половая жизнь с партнером, ею самой избранным, явлениями вагинизма не сопровождалась.

Вагинизм выражался в судорожном сокращении бедер, мышц влагалища и тазового дна и ощущении «жгучей боли» при попытке введения мужского полового органа, а далее при одном его наружном прикосновении к половым органам и сопровождался сжатием бедер и рядом экспрессивных движений. При отвлечении внимания гинекологическое исследование реакции не вызывало. Вскоре вагинизм привел к возникновению у мужа психогенной импотенции, заставивший его обратиться за врачебной помощью. Психотерапия была направлена на разъяснение причины болезни и рекомендации принять решение для устранения психотравмирующей ситуации.

Супруги разошлись. Через год больная вышла замуж за другого человека и стала жить нормальной половой жизнью. Ее бывший муж после лечения обнаружил нормальную потенцию с другой женщиной.

В данном случае истерический вагинизм II степени возник у истероидной личности. В основе его лежали «бегство в болезнь», «механизм условной приятности болезненного симптома». Заболевание в конце концов избавило больную от нежелательного брака. При половой жизни с адекватным партнером вагинизма не наблюдалось. Это доказывает, что он имел избирательный характер. Интересно отметить, что вагинизм жены явился причиной психогенной импотенции мужа, как это нередко наблюдается.

Психогенные генитоальгии. Генитоальгией (от латинского «генитус» — половой, «альгия» — боль) называют болезненные ощущения в области половых органов. Они могут быть как соматогенного, так и психогенного происхождения. В первом случае причиной их чаще всего являются воспалительные процессы или травмы половых органов, во втором — психические факторы.

Психогенные генитоальгии могут относиться к проявлениям истерического невроза (genitoalgia hysterica). Для истерических генитоальгий характерны различные боли — ноющие, режущие, стреляющие, колющие, «как мечом пронизывающие тело», а также парестезии (ощущение ползания мурашек, зуда и т. п.). Локализуются они чаще всего в области влагалища и нижней части живота, реже в области наружных половых органов. Появляются обычно в связи с половым актом, в его начале или в конце, и могут сочетаться с чувством тошноты, «замиранием всего тела», стонами и экспрессивными движениями. Больные начинают всячески избегать половой жизни или даже полностью от нее отказываются.

В основе истерических генитоальгий лежит механизм «бегства в болезнь», «условной приятности и желательности болезненного симптома». Боль в этих случаях носит самовнушенный характер и призвана избавить больную от половой жизни, ставшей несносной либо вследствие того, что не возникает полового удовлетворения (состояние фрустрации), либо вследствие нежелания испытывать половые ощущения от человека, ставшего противным (например, пьянство мужа, грубость). При этом обычно сосуществуют противоречивые тенденции: с одной стороны — желание избавиться от половой близости, с другой — желание сохранить семью, например ради детей или общественного мнения. Больные чаще всего полагают, что боль заставляет их отказываться от половой жизни, и не осознают, что в действительности нежелание жить половой жизнью является причиной появления у них боли. Характерно следующее наблюдение.

Больная Р., 32 лет. Замужем 10 лет. Имеет 2 детей, 6 и 8 лет. Последние два года во время полового акта и после его окончания стала испытывать режущую боль в области влагалища, ноющие боли в крестце, стреляющие боли, исходящие из малого таза и иррадиирующие в область желудка, иногда чувство дурноты, замирания сердца. Последние месяцы половую жизнь почти полностью прекратила. С мужем и детьми стала раздражительной. Муж внимателен, заботлив. Она высоко ценит его как человека и отца детей.

В первые годы замужества в половом отношении была холодна, к половой близости относилась равнодушно. После рождения второго ребенка несколько раз во сне возникало чувство оргазма. Три года назад была кратковременная половая связь с другим мужчиной, во время которой испытывала половое удовлетворение. Половая жизнь с мужем после этого стала вызывать состояние фрустрации с последующими ноющими болями в крестце, оргазмом не завершалась. К началу полового акта половые органы оставались сухими и фрикции были болезненными. В дальнейшем боли стали нарастать и иррадиировать. Муж в половом отношении стал противен. Хотела бы его оставить, но не решается это сделать из-за детей и из-за его высоких моральных достоинств. Допускает, что муж может в конце концов ее оставить, так как заболевание ее нарушает семейную жизнь.

В процессе психотерапии больной разъяснена связь ее боли с психотравмирующей ситуацией, с неосознаваемым желанием избежать половой жизни, ставшей ей неприятной, порвать отношение с мужем, спровоцировать его уход, возложив на него моральную ответственность за распад семьи. Проанализирована интимная сторона их семейной жизни и указано на возможность достижения половой гармонии с мужем. Подчеркнута важность «психологической перестройки» отношения к нему и возникновения эротической настроенности. Проведено 4 сеанса гипнотерапии с внушением устранения боли и возникновения полового удовлетворения. Мужу назначен двухнедельный курс тиоридазина (сонапакс) для того, чтобы сделать его способным более длительно совершать половой акт. После 3-го сеанса гипноза впервые испытала половое удовлетворение с мужем. Генитоальгии прекратились. Половая жизнь с мужем стала нормальной и после прекращения приема им лекарства.

В данном случае истерическая генитоальгия возникла под влиянием психотравмирующей ситуации и устранилась, когда эта ситуация была разрешена.

Иногда в климактерическом периоде наблюдается усиление полового влечения, сопровождающееся периодическими приливами крови к гениталиям, вызывающими парестезии. Если усилившееся половое влечение не находит разрешения в половой жизни или мастурбации и подавляется, то это может вести к усилению парестезий и переходу их в ощущение зуда в области гениталий. Последнее в дальнейшем начинает возникать и вне отчетливой связи с половым возбуждением («нервный зуд»).

Психогенные генитоальгии следует дифференцировать с сенестопатически-ипохондрическим синдромом неврозоподобной формы шизофрении. Для последней характерно появление, помимо альгий, необычных ощущений в области гениталий (сенестопатий), например чувства «лопающихся пузырьков во влагалище», «слипания и разлипания стенок влагалища», «раздувания матки», присоединение идей фи-

зического воздействия (действия тока на расстоянии, гипноза), дисморфофобий (например, «левая половая губа стала тоньше... появился особый запах, который другие замечают»), бредовых идей эротического характера, отношения и т. п.

В случае генитоальгий очень важно тщательное обследование больной для исключения соматического генеза заболевания. Так, к нам обратилась больная Г., 26 лет, с жалобами на то, что последние 2 года она не может жить половой жизнью из-за боли при половом акте. Малейшее прикосновение к половым органам стало вызывать чувство страха. До этого 5 лет жила с мужем нормальной половой жизнью. Имеет 3 детей. Высказывалось предположение о психогенном генезе заболевания. Тщательное гинекологическое обследование позволило установить воспалительный процесс во влагалище, явившийся причиной болевых ощущений. Избавление от боли наступило с устранением основного заболевания.

АУТОЭРОТИЗМ, НАРЦИССИЗМ, МАСТУРБАЦИЯ

Под аутоэротизмом подразумевается направленность полового влечения на самого себя. К нему обычно относят нарциссизм и онанизм.

Согласно греческому мифу красавец-юноша Нарцисс, увидев свое изображение в воде, влюбился в него и был превращен богами в цветок нарцисса. В 1899 г. Мекке предложил называть возникновение полового возбуждения при виде собственного тела нарциссизмом. Иногда разглядывание тела сочетается с мастурбацией.

Самолюбование собственным телом, разглядывание его в зеркале часто наблюдается в юношеском возрасте как этап в познании своего тела. Нередко много часов у зеркала проводят больные с синдромом дисморфофобии, разглядывая свое якобы изменившееся тело. Однако это не имеет отношения к нарциссизму. Истинный же нарциссизм встречается крайне редко. Лишь один из опрошенных нами мужчин отметил, что в юношеском возрасте он нередко любовался в ванной в зеркале своим телом и при этом совершал мастурбаторные акты. В отличие от нарциссизма мастурбация является весьма распространенным явлением.

Под мастурбацией, или онанизмом, понимается половое самовозбуждение. В библии говорится, что Онан «пролил

семя на землю». Отсюда Беккер и предложил термин онанизм. Некоторые авторы считают этот термин неудачным, так как Онан практиковал не самовозбуждение, а прерванное половое сношение. В качестве синонима в научной литературе чаще пользуются термином мастурбация (от латинского manusturbo — рукой приводимый в движение), реже — ипсация (от латинского ipse — сам).

К мастурбации относится лишь активность, совершаемая без наличия полового партнера. Парная сексуальная деятельность, если при ней оргазм достигается даже путем механического раздражения половых органов партнером или путем самораздражения их перед началом или по окончании полового акта, не относится к аутоэротизму, в частности к мастурбации. Она имеет психоэротическую структуру, отличную от мастурбации, так как связана с эротическими отношениями, возникающими между двумя людьми. Если партнеры принадлежат к разному полу, то она не относится к патологии. Так, не относится к мастурбации петтинг — взаимные ласки мужчины и женщины, в том числе сопровождающиеся раздражением гениталий и приводящие к оргазму, орально-генитальный контакт, самораздражение половых органов перед началом полового акта для повышения половой возбудимости или по его окончании, если половой акт был закончен или прерван до того, как возник оргазм.

Распространенность. Мастурбация нередко встречается у млекопитающих, причем у самцов чаще, чем у самок. Она наблюдалась у самок крыс, шиншилл, кроликов, морских свинок, собак, лошадей, обезьян, китообразных и других млекопитающих.

По данным антропологов, женщины многих примитивных народов часто прибегают к мастурбации. Указания на мастурбацию у женщин встречаются в библии, античной и древней восточной литературе. Так, например, еще Аристотель писал, что у девушек 14 лет может развиться привычка эротического самоудовлетворения. В древней восточной литературе описываются дидлосы — предметы, которые женщины вводят себе во влагалище вместо полового члена для самоудовлетворения.

Мастурбация широко распространена как среди мужчин, так и среди женщин. По данным Kinsey, когда-либо занимались ею 93% мужчин и 62% женщин. Она встречается даже в раннем детском возрасте, однако состояние полового возбуждения, во время которого грудные дети

сжимают бедра и совершают ими ритмичные движения, тяжело дышат, краснеют, покрываются потом и затем засыпают, чаще всего является проявлением не мастурбации, а диэнцефальных приступов. У 3—4-летних и более старших девочек может возникать сильное влечение к мастурбации. Так, нам известна девочка 3 лет, которая ложилась вниз животиком на куклу и совершала тазом легкие, ритмичные, довольно быстрые движения, вызывавшие трение гениталий о куклу. Со стороны физического и психического развития отклонений от нормы у этой девочки не обнаруживалось.

Частота мастурбации среди женщин с возрастом медленно и постепенно возрастает. Так, по данным Kinsey, к 7 годам когда-либо занимались мастурбацией 4%, к 12 годам — 12%, к 13 годам — 15% (13 лет — средний возраст наступления первой менструации) и к 35 годам — 60%. В отличие от этого частота ее у мужчин возрастает главным образом в период полового созревания. Так, из мужчин к 12 годам когда-либо занималось мастурбацией 21%, к 15 годам — 82% и к 20 годам — 92%. В то время как большинство мужчин занимается мастурбацией главным образом в возрасте 14—18 лет и почти полностью прекращает ее к 25 годам, большинство начавших мастурбировать женщин продолжают заниматься ею до 55—60 лет. Менее года занимаются мастурбацией лишь около 10% женщин, когда-либо мастурбировавших.

Частота актов значительно индивидуально варьирует. У большинства незамужних женщин она составляет от 1—2 актов в неделю до одного в месяц, у замужних это происходит — в среднем 1—2 раза в месяц. Встречаются женщины с сильным половым влечением, которые мастурбируют годами ежедневно по нескольку раз в день. Женщины обычно не довольствуются наступлением одного оргазма. Если нет каких-либо внешних помех, то чаще всего вызывают у себя подряд не менее трех—четырех следующих друг за другом оргазмов, лишь после этого чувствуют себя удовлетворенными.

Между отдельными оргазмами состояние полового возбуждения снижается до «плато»-фазы. В то время как при половом акте степень их удовлетворения зависит во многом от поведения партнера, здесь они могут достигнуть полной разрядки.

Источники информации. Около половины мастурбировавших открыли эту возможность самостоятельно. Чаще

всего открытие наступает под влиянием того, что девушка (или подросток), прикасаясь к половым органам случайно, например во время туалета или раздражая их в связи с зудом, появившимся в этой части тела (например, вызванным острицами), испытывает приятные ощущения. Повторяя вызвавшие удовольствие движения, некоторые приходят к открытию возможности получения полового удовлетворения таким путем. Иногда впервые чувство оргазма у ребенка возникает при трении тесной одежды о половые органы или в то время, когда он спускается по гимнастическому шесту или канату. Некоторые женщины открывают эту возможность в 30—40—50 лет и с этого времени начинают вызывать у себя оргазм таким путем. В отличие от женщин мужчины довольно редко (лишь в четверти случаев) приходят самостоятельно к открытию возможности мастурбации.

Вторым по частоте источником информации о возможности мастурбации у женщин является устное сообщение или сведения, почерпнутые из литературных источников. У мужчин — это основной источник информации. Многие женщины, слышавшие о мастурбации мужчин, не подозревают, что это явление встречается и у женщин. Некоторые из них, занимаясь ею годами, не подозревают, что это мастурбация. В отличие от юношей девушки довольно редко начинают мастурбацию под влиянием подражания, т. е. под влиянием наблюдения за актами, совершаемыми подругами. В раннем детском возрасте, однако, случаи подражания не составляют такой уж редкости.

Техника мастурбации. Около 80% женщин при мастурбации стимулируют область клитора или малых губ. Форма этой стимуляции различна. Чаще всего предпочитается давление на всю зону лобка. При этом клитор получает нежные раздражения. Оргазм в этих случаях возникает не так быстро, как при непосредственной стимуляции клитора, однако многие женщины отмечают, что клитор у них очень чувствителен к прикосновениям и более или менее длительное или сильное давление на него вызывает болевые ощущения. Поэтому они предпочитают ритмичное давление на всю область лобка. У некоторых женщин чувствительность строго избирательна, в связи с чем одни стимулируют тело, другие только головку клитора. Примерно 10% женщин, занимающихся мастурбацией, достигают оргазма путем сжатия бедер — сильного напряжения мускулатуры бедер и области малого таза. Многие из них при

этом совершают ритмичные движения бедрами при скрещенных ногах, чем также достигают стимуляции области клитора и малых губ.

Характерно самонаблюдение, приведенное в письме, которое автор получил от женщины 32 лет. «Я прочла Вашу книгу „Неврозы и их лечение" (М., 1971) и решила Вам все написать... Онанизмом я стала заниматься с 8—9 лет, точно не помню. У нас на квартире жили муж с женой и каждую ночь я слышала все, что у них происходило, и вот однажды и мне захотелось... Когда они имели сношение, то я на койке вся сжималась в комочек, клала ногу за ногу и их крепко-крепко сжимала, потом начинала тяжело дышать, как это мужчина делает. Потом я стала заниматься сама. Садилась на угол стола на ягодицы нога на ногу и сжималась, одной рукой держась за стол, или на койке ложилась на правый бок нога на ногу и сильно сжимала половые губы; ноги должны были сомкнуться. Сжимала я губы до тех пор, пока не наступал оргазм. В то же время двигала бедрами. Оргазм вызывался через 3—5 минут. При этом представляла, что со мной мужчина. Вводила во влагалище палец, но приятных ощущений никаких не испытывала. В первые годы я занималась 3—4 раза в день, когда дома никого не было, иногда 2 раза подряд без интервалов. В 21 год я вышла замуж, родила дочь, но от мужа не получала удовлетворения. И до сих пор занимаюсь тем же, но реже — 1—2 раза в месяц...»

Около 20% женщин, занимающихся мастурбацией, в тот или иной период пробуют вводить во влагалище предметы с тем, чтобы вызвать у себя оргазм. Это обычно связано с представлением о том что оргазм может быть вызван тем, что иммитирует половой акт, совершаемый мужчиной, т. е. введением и фрикциями полового члена. Многие из них, однако, в дальнейшем отказываются от этого. Женщины, применяющие эту технику, в основном раздражают пальцем лишь вход во влагалище. Глубокие отделы влагалища у большинства женщин нечувствительны. Хотя и редко, но встречаются женщины, которым наибольшее удовлетворение доставляет ритмичное давление инородным телом на задний свод. Лишь немногие женщины во время мастурбации стимулируют грудные железы — прижимают их, ритмично раздражают, прикасаясь к подушке или к чему-либо другому. В отличие от мужчин у некоторых женщин раздражение грудных желез само по себе может вызвать наступление оргазма.

Некоторые женщины с мастурбаторной целью пробовали вводить себе в мочеиспускательный канал инородные тела. Однако от этого они обычно вскоре отказывались.

При мастурбации женщины достигают оргазма с такой же быстротой, как мужчины, т. е. около 50% женщин

в течение 1—2 минут, 25% — за 3—4 минуты и еще 25% — за 6—10 минут. Большинство женщин при мастурбации достигают оргазма быстрее, чем при половом акте. Это объясняется несоответствием применяемой техники полового акта индивидуальным потребностям данной женщины, например тем, что не обеспечивается хотя бы кратковременное и непрерывное давление и ритмичное раздражение половых органов, в частности области клитора и малых губ. Нередко рукой может быть оказано более интенсивное, чем при половом акте раздражение таких эрогенных зон, как клитор или малые губы, а также в какой-то период времени фрикции рукой могут проводиться значительно быстрее, чем это возможно при половой близости. У некоторых женщин оргазм в течение 1—$1\frac{1}{2}$ минут наступает при стимуляции в ритме 6—8 раз в секунду и у них же — в 3—5 раз медленнее при ритме 1—2 раза в секунду. Кроме того, как уже говорилось выше, некоторые женщины оказывают избирательное целенаправленное воздействие на наиболее возбудимые эрогенные зоны, например определенный участок клитора.

Подобно тому, как у человека, испытывающего чувство голода, возникают мысли, связанные с едой, так и у здорового человека, испытывающего половое влечение, могут возникать фантазии эротического содержания. Возникновение этих фантазий не следует относить к «психическому онанизму». Они являются нормальным проявлением психической деятельности и никакого отношения к онанизму не имеют. Большинство мужчин и около 50% женщин одновременно с совершением мастурбаторных актов вызывают у себя те или иные эротические фантазии. У женщин эти фантазии, сопутствующие или предшествующие началу мастурбаторного акта, встречаются чаще, чем у мужчин.

Мастурбация может носить характер сознательно-волевого акта, совершаясь, например, эпизодически. «До замужества — рассказывала одна наша больная, — я, принимая ванну, нередко сама вызывала у себя половое возбуждение ритмичным давлением руки на половые органы. После того как возникало возбуждение, я уже доводила его до оргазма. Желания к совершению этих действий, до того как я их начинала, у меня не было, я просто, разумом зная, что это может вызвать приятные ощущения, приятные переживания, шла по этому пути». Однако мастурбация может принимать характер и навязчивого влечения. В этих случаях возникает первоначально половое возбуждение и затем

сильное непреодолимое желание путем мастурбации вызвать наступление оргазма. «Когда я лежу в теплой постели,— рассказывала другая больная,— у меня иногда возникает сильное половое возбуждение и желание вызвать разрядку, освободиться от чувства напряжения. Я борюсь с собой, не хочу заниматься онанизмом, но все-таки в конце концов обычно достигаю разрядки, раздражая половые органы рукой». Иногда влечение к совершению мастурбаторного акта наступает столь быстро и интенсивно, что оно не подвергается критическому осмысливанию: чувство борьбы не возникает и влечение непосредственно переходит в действие, т. е. носит насильственный характер.

Очаровательная шестилетняя девочка, дочь молодого профессора математики, рассказывала мне: «Я ложусь спать и кладу ручки на одеяло, потом уже начинаю засыпать и что-то там (показывала она на половые органы) чувствую, а ручка сама, сама идет и так нажимает и трет, и нажимает. Я не хочу совсем трогать это место, не хочу, ручка сама... Я говорила маме, зашей мне штанишки!». Влечение к онанизму возникло после того, как в пятилетнем возрасте острицы вызвали зуд в области половых органов. На протяжении 2 лет почти ежедневно девочка занималась мастурбацией. Дежурство родителей у постели, уговоры, убеждения ни к чему не приводили. Девочке было внушено, что она перестанет об этом думать, что все это пройдет само собой. Родителям было предложено перестать на это обращать внимание. В 7-летнем возрасте девочка пошла в школу и стала дополнительно заниматься музыкой и иностранным языком. В 9-летнем возрасте мама както задала ей вопрос в отношении онанизма. Она ответила: «Ну что ты, мама, я давно это забыла!» Девочка развита физически нормально, обнаруживает прекрасные умственные способности, отлично учится, спокойная, уравновешенная.

Значение мастурбации и ее последствия. С биологической точки зрения целью полового сближения является продолжение рода, поэтому мастурбация давно рассматривается как что-то противоестественное, с этической точки зрения неприемлемое. Какие бы ощущения она ни вызывала, она не может заменить нормальную половую жизнь. Истинное половое удовлетворение достижимо только при половой близости с любимым человеком. Лишь она может обеспечить всю полноту полового удовлетворения. С морально-этических позиций мастурбация вполне справедли-

во осуждается обществом, и лица, у которых возникло к ней навязчивое влечение, страдают от этого и хотят от него избавиться.

Осуждая эту форму половой активности, мы в то же время считаем важным строго объективно оценить ее последствия для здоровья, так как знание их имеет для врача большое практическое значение. Между тем в оценке их бытует много ложных представлений, порой являющихся источником тяжелых психотравмирующих переживаний у лиц, когда-либо занимавшихся мастурбацией.

На позицию старых авторов большое влияние оказывало то, что иудейская религия, а вслед за ней и христианская считали онанизм тяжким грехом. Так, например, в 1741 г. Crouch писал, что онанизм является не только тягчайшим грехом, но и якобы вызывает появление желто-черного цвета кожи, судороги, истощение, бесплодие и ведет в конце концов к смерти. В 1764 г. Tisso в работе, посвященной онанизму у женщин, доказывал, что он якобы вызывает истерию, головокружение, желтуху, появление болей во всем теле и наступление смерти. Однако уже в 1786 г. вышла работа Hunter, в которой он писал, что онанизм так же безвреден, как и обычный половой акт. С этого времени опубликованы сотни работ, в которых одни авторы доказывали якобы страшный вред онанизма, другие — не только полную безвредность, но даже его пользу. В наше время онанизм считают безвредным такие ведущие сексологи, как Kinsey, Gebhardt и Giese, а Г. С. Васильченко (1970) пишет, что из выделенных им семи клинических форм мастурбации две самые частые, на которые приходится 78,7% всех случаев мастурбации, представляют не более чем «суррогатное средство, помогающее в какой-то степени смягчить проявления физиологического дискомфорта, порождаемые биологической потребностью, не находящей адекватного удовлетворения».

Не подлежит сомнению, что мастурбация для женщины является с физиологической точки зрения безвредной. Мастурбаторный акт вызывает такие же местные изменения в половых органах женщины, как и нормальный половой акт. Не вызывает он каких-либо явлений застоя в половых органах, или каких-либо иных нарушений их функции, если не носит патологически затягиваемого характера. Некоторыми гинекологами высказывалось мнение, что длительная многолетняя мастурбация у девочек может вести к увеличению в размерах клитора и малых губ. Эти данные

являются, однако, весьма спорными. Скорее всего девочки с выраженным половым влечением и хорошо развитым клитором чаще начинали мастурбировать, чем девочки со слабым половым влечением. Лишено всякой научной основы опасение некоторых женщин, что мастурбация может вести к появлению боли в крестце, тошноте, рвоте, нарушениям функции внутренних органов, ослаблению памяти, ухудшению умственных способностей и даже возникновению психических заболеваний. Поскольку в физическом отношении мастурбация влияет на организм женщины так же, как половой акт, то и часто (по нескольку раз в день) повторяемые мастурбаторные акты могут вызвать такое же чувство усталости, такую же общую астенизацию, как и неумеренно часто совершаемые половые акты. При некоторых психических заболеваниях возникает усиление полового влечения и расторможенность в поведении. Больные начинают открыто мастурбировать. Однако такое поведение является следствием психического заболевания (энцефалит, маниакально-депрессивный психоз, начальные явления шизофрении и т. п.), но не его причиной.

Около половины женщин, когда-либо мастурбировавших, испытывают угрызения совести по этому поводу. У некоторых из них возникает тяжелый конфликт между чувством вины, представлениями об «аморальности, недопустимости, страшном вреде» совершаемых действий, с одной стороны, и влечением к их совершению — с другой. Вот такой конфликт, если он резко выражен, иногда может способствовать развитию невроза или даже вести к его возникновению. Так, например, в книге А. М. Свядоща «Неврозы и их лечение» (М., 1971) описано возникновение навязчивого страха загрязнения, в основе которого лежал конфликт между влечением к совершению онанистических актов и представлением о них как о чем-то грязном, недопустимом. Можно сказать, что повредить здоровье может не сама мастурбация, а угрызения совести, боязнь ее мнимых последствий. Опасения некоторых девушек, что о занятиях мастурбацией можно узнать по их выражению лица, выражению глаз и т. п., лишены всяких оснований.

Иногда высказывается предположение, что длительное занятие мастурбацией вызывает снижение силы полового влечения и может быть причиной недостаточной половой активности со стороны девушки, недостаточного стремления к установлению контакта с молодыми людьми. Однако отношения здесь скорее обратные: девушки с сильным

влечением и затруднением контакта с лицами противоположного пола чаще занимаются мастурбацией, чем те, которые легче находят возможность установления контакта. Это же относится и к застенчивым молодым людям.

В литературе высказывается мнение, что мастурбация может способствовать возникновению половой холодности. Это тоже лишено основания. Здесь опять причина смешивается со следствием. Женщины холодные, с низким половым влечением обычно не испытывают и влечения к мастурбации. Статистика показывает, что среди лиц, занимавшихся мастурбацией до начала половой жизни, аноргазмия встречается в 3 раза реже, чем среди лиц, никогда не занимавшихся ею. Таким образом, можно сказать, что приобретение опыта в переживании оргазма до начала половой жизни способствует более быстрой адаптации во время половой жизни. Нередко замужние женщины, впервые испытав оргазм во время мастурбации, начинают его испытывать и во время половой жизни.

Иногда женщины обращаются к врачу с жалобой, что во время половой жизни они не испытывают оргазма, в то время как при мастурбации в прошлом испытывали его. Однако здесь дело не в каком-то особом, вредном влиянии мастурбации, а в том, что эти женщины во время полового акта не получают со стороны мужа достаточной стимуляции эрогенных зон, соответствующей их потребности. Так, например, некоторые женщины, у которых особенно возбудимой является область клитора, испытывают оргазм при его возбуждении во время мастурбации. Они же, если эта область не получает добавочной стимуляции со стороны мужа, не испытывают оргазма при половом акте.

К нам обратилась больная Н., 34 лет. В юности занималась мастурбацией, испытывала иногда при этом оргазм. Замужем 10 лет. Имеет двоих детей. У мужа крупный половой орган, пробовал весьма длительно (до 40 минут) совершать половой акт, однако полового удовлетворения при близости с ним никогда не испытывала. Были еще две внебрачные связи, также не вызвавшие полового удовлетворения. Оказалось, что область влагалища малочувствительна в эротическом плане. Клитор же весьма чувствителен. Данные мужу рекомендации оказывать во время полового акта дополнительную стимуляцию области клитора рукой, позволили женщине испытывать оргазм после 2—3 минут полового акта. Мастурбация же по существу никакого отношения к отсутствию полового удовлетворения при половом акте не имела.

Частота половой жизни женщины зависит от многих факторов, в том числе от активности партнера, его темпе-

рамента, наличия обстановки, обеспечивающей интимную близость, и т. п. В отличие от этого мастурбация более доступна, так как не требует участия партнера или особой обстановки. Отсюда более легкая возможность злоупотребления ею по сравнению с половой жизнью. У мужчины она возможна и при слабой или отсутствующей эрекции, хотя половая жизнь в этих случаях невозможна.

В большинстве случаев при злоупотреблении мастурбацией наступает временное падение половой возбудимости и ослабление полового влечения, в связи с чем исчезает и влечение к мастурбации. Умеренная мастурбация в юношеском возрасте обычно носит характер саморегуляции половой функции. Она способствует снижению повышенной половой возбудимости и является безвредной. Аналогичный характер она носит при вынужденном половом воздержании. Такое воздержание у мужчины пожилого возраста может являться одной из причин возникновения половой слабости, некоторые сексологи даже считают, что умеренная мастурбация в этих случаях может оказать благотворное влияние в смысле предупреждения этой слабости.

ГОМОСЕКСУАЛИЗМ И ТРАНСВЕСТИЗМ

Термин «гомосексуализм» (от греческого «гомойос» — равный и латинского sexualis — половой) впервые предложен в 1820 г. венгерским врачом Бенкертом для обозначения направленности полового влечения на лиц одноименного пола. С этого же времени бисексуальными стали называть лиц, реагирующих на половые раздражения, исходящие как от одноименного, так и от разноименного пола, и гетеросексуальными — испытывающих половое влечение только к противоположному полу. В 1923 г. Freud предложил называть извращение направленности полового влечения на одноименный пол инверсией и различать лиц абсолютно инвертированных, для которых сексуальным объектом может быть только одноименный пол, и амфигенно-инвертированных, т. е. и гомо- и гетеросексуальных.

Явления гомосексуализма известны давно. Первые упоминания о них находят в египетских папирусах, согласно которым боги Фет и Горус состояли в гомосексуальных отношениях. Гомосексуализм, как мужской, так и женский, встречался у первобытных народов Африки, Азии и Америки. Гомосексуальные отношения были весьма распро-

странены в древней Индии, Вавилоне, Египте, Греции и Риме и открыто поощрялись в так называемых высших слоях общества. В древней Греции мужской гомосексуализм получил название уранизма (по имени богини Урании, родившейся не от женщины, а от мужчины — бога Урана. От нее якобы и произошли урнинги). Женский гомосексуализм называют лесбийской любовью (amor lesbicus) или сафизмом (sapphismus) по имени древнегреческой поэтессы Сафо, жившей на острове Лесбос и якобы одержимой этим влечением. Называли его также трибадией от греческого слова «трибеин», что означает тереть и указывает на применявшийся способ удовлетворения полового влечения.

Педерастией (от греческого пайдерастиа — любовь к мальчикам) или мужеложеством называют форму мужского гомосексуализма, при которой половой акт совершается per anum.

В конце прошлого столетия мужской гомосексуализм был широко распространен на Востоке, где юноши-бачи открыто служили удовлетворению гомосексуального влечения. В наше время, по Kinsey, в США исключительно гомосексуальными являются 4% мужчин и 3% женщин, причем к 45 годам 13% женщин когда-либо переживали оргазм, вызванный гомосексуальными отношениями. По Davis, 27% женщин в Англии хоть раз в жизни совершали гомосексуальные акты и 6% стали настоящими гомосексуалистками. По нашим данным, гомосексуализм, как мужской, так и женский, встречается примерно в 1—2% случаев. Он является самой частой формой половой психопатологии. Проблема гомосексуализма имеет не только биологические и медицинские, но также социальные и юридические аспекты.

Следует отличать гомосексуализм как патологическое влечение к лицам одноименного пола, т. е. как инверсию, от гомосексуального поведения, не связанного с патологией. Поскольку влечение у человека находится под контролем сознания, то иногда, даже при наличии инверсии, гомосексуальное поведение может и не развиться. Так, например, женщина с инверсией полового влечения может заставить себя выйти замуж, стать женой и матерью своих детей, т. е. всю жизнь вести гетеросексуальный образ жизни. С другой стороны, гомосексуальное поведение может проявиться у здорового гетеросексуального человека под влиянием принуждения, корысти, подражания, совраще-

ния. Freud предлагал называть таких лиц случайно инвертированными, Krafft-Ebing относил эти случаи к псевдогомосексуализму.

Теории гомосексуализма

Причины гомосексуализма до настоящего времени недостаточно выяснены. Различные точки зрения на происхождение этого явления можно свести к следующим теориям: генетической, неврогенной, эндокринной, нейро-эндокринно-внутриутробной, психоаналитической, кондициональной.

Генетическая теория. По мнению сторонников этой теории, направленность полового влечения как у животных, так и у человека обусловлена генетически. В пользу роли наследственных факторов в генезе гомосексуализма говорят наблюдения над однояйцевыми близнецами, т. е. лицами, имеющими одинаковую генную структуру и внешне очень похожими друг на друга. Оказалось, что если гомосексуализм наблюдается у одного из однояйцевых близнецов, то он, как правило, наблюдается и у второго близнеца. Так, Sirö отмечал гомосексуализм у обоих членов всех четырех пар обследованных им однояйцевых близнецов, Hirschfeld — у всех трех пар, Habel — у трех из пяти пар, Sanders — у шести из семи пар, причем гомосексуализм не проявился лишь у близнеца, обнаружившего явные признаки органического поражения мозга при рождении. Kallmann исследовал 85 пар близнецов [1] — 40 пар однояйцевых и 45 пар разнояйцевых, из которых хотя бы у одного из близнецов обнаруживался гомосексуализм. У всех 40 пар однояйцевых близнецов гомосексуалистами оказались оба близнеца. В отличие от этого гомосексуализм у разнояйцевых близнецов, по данным указанного автора, встречался почти в 3 раза чаще, чем по Kinsey, среди мужского населения страны.

По Bräutigam, у однояйцевых близнецов наблюдается неполная конкордантность в отношении гомосексуализма, по Heston (1968),— хотя и не полная, но более высокая, чем у разнояйцевых близнецов.

По данным Hirschfeld, гомосексуализм встречается у нескольких членов одной семьи в 23,2%, по Römer,— в 25% случаев, по данным А. М. Свядоща и Е. М. Деревин-

[1] Количество наблюдений столь велико, что достоверность этих данных вызывает у нас некоторое сомнение.

ской,— в 14,6% случаев, в семьях женщин активных гомосексуалисток (в семьях пассивных гомосексуалисток — не наблюдался ни в одном случае).

Неврогенная теория. Программы, определяющие направленность полового влечения, т. е. выбор полового объекта, а также церебральные механизмы, регулирующие функцию половых желез, во многом связаны с деятельностью лимбической системы, височной и гипоталамической области. Естественно, что поражение этих областей, в частности, как указывалось выше, нарушение процесса дифференцировки женских и мужских центров полового поведения, может являться одной из причин, ведущих к инверсии полового влечения. Согласно неврогенной теории, церебральные поражения являются основной причиной гомосексуализма.

В пользу этой теории говорят случаи появления гомосексуализма у ранее гетеросексуальных лиц при заболевании энцефалитом и развитии паркинсонизма, а также после тяжелых травм черепа, сопровождающихся переломом основания черепа или двусторонним повреждением височной доли. Higgins, Mahl, Delgado и Hamilton имплантировали больному, страдавшему эпилепсией с психомоторными припадками, электроды в различные части лобно-височной области. При раздражении током некоторых участков мозга больному начинало казаться, что он женщина и у него появлялись женские эротические фантазии.

По данным А. М. Свядоща и Е. М. Деревинской, у активных гомосексуалисток нередко имеются указания на перенесение в прошлом травм мозга и инфекционных заболеваний с общемозговыми симптомами. Так, на электроэнцефалограмме у 58% обследованных этими авторами гомосексуалисток обнаруживалась патологическая активность мозга — медленные ритмы, причем чаще тета-ритм, преимущественно в передне-центральных отделах мозга, что говорит, по мнению некоторых физиологов, в пользу дисфункции (недостаточной зрелости) кортико-таламо-гипоталамических путей и глубоких структур в области третьего желудочка. Silverman и Rosanoff наблюдали на энцефалограмме у половины из 56 мужчин пассивных гомосексуалистов патологические изменения — синхронный дельта-ритм в лобных отведениях.

К возникновению гомосексуализма могут привести также токсические поражения нервной системы. Так, при хронической интоксикации кокаином нередко возникают

явления гомосексуализма у ранее гетеросексуальных лиц. Эти явления обычно исчезают с прекращением приема кокаина.

Все эти данные свидетельствуют о том, что нарушения некоторых церебральных механизмов могут играть роль в возникновении гомосексуализма.

Эндокринная теория. Согласно этой теории, в основе гомосексуализма лежат эндокринные нарушения. Имеются отдельные наблюдения, свидетельствующие о том, что и в зрелом возрасте резкая гиперфункция коры надпочечников, вырабатывающей у женщин мужские половые гормоны, может иногда вести к развитию гомосексуализма. Так, Brosten из 26 женщин, ставших мужеподобными вследствие опухоли коры надпочечников, у 8 отметил явления гомосексуализма. Они исчезли после оперативного лечения опухоли. Аналогичные явления описал и Freund у женщин, лечившихся большими дозами мужских половых гормонов по поводу рака грудной железы; у них наблюдалось значительное увеличение клитора и иногда начинали обнаруживаться гомосексуальные тенденции. Однако при адрено-генитальном синдроме у девочек, хотя и возникают мужские тенденции и ощущение своей принадлежности к мужскому полу, в качестве сексуального объекта все же обычно выбираются мужчины. Возможно, что при этом большую роль играют установки, возникшие в процессе воспитания.

Автором и его сотрудниками Е. М. Деревинской и А. С. Гриншпуном были эндокринологически обследованы 22 гомосексуалистки (13 активных и 9 пассивных). В качестве контрольной группы было взято 16 здоровых гетеросексуальных женщин того же возраста, находившихся в аналогичных условиях. Каких-либо выраженных эндокринных синдромов у обследованных обнаружено не было. У всех было исследовано суточное выделение с мочой 17-кетостероидов. Учитывая, что при гиперфункции коры надпочечников резко увеличивается содержание в моче 17-кетостероидов, предполагалось обнаружить у гомосексуалисток увеличение их содержания. Это говорило бы о наличии у них избытка мужских половых гормонов. Однако это предположение не подтвердилось. Количество 17-кетостероидов в моче у активных гомосексуалисток составляло от 1,5 до 7,8, в среднем 4,5 мг в сутки, у пассивных — 2,1—7,7, в среднем 4 мг в сутки, в контрольной группе — 5,2—14,1, в среднем 9,5 мг. Таким образом, содержание 17-ке-

тостероидов как у пассивных, так и у активных гомосексуалисток оказалось, вопреки ожиданиям, ниже, чем в контрольной группе гетеросексуальных женщин. Различие между средними величинами выделения 17-кетостероидов у активных и пассивных гомосексуалисток оказалось статистически недостоверным. В конечном счете у обследованных гомосексуалисток количество продуктов мужских половых гормонов в моче оказалось не выше, а несколько ниже, чем у гетеросексуальных женщин.

В огромном большинстве случаев у гомосексуалисток каких-либо эндокринных нарушений не обнаруживается. В моче мужчин-гомосексуалистов не находят увеличения содержания женских половых гормонов. Введение больших доз фолликулина мужчинам не вызывает у них явлений гомосексуализма. Введение мужчинам-гомосексуалистам больших доз мужских половых гормонов обычно лишь усиливает у них половое влечение, не оказывая влияния на его гомосексуальную направленность. Таким образом, хотя эндокринные факторы в критическом периоде оказывают влияние на дифференцировку мужских и женских диэнцефальных половых центров и тем самым на направленность полового влечения, они же в зрелом возрасте в огромном большинстве случаев не играют сколько-нибудь существенной роли в генезе гомосексуализма.

Нейро-эндокринная теория внутриутробного генеза гомосексуализма. Согласно этой теории, гомосексуализм является следствием внутриутробного нейро-эндокринного заболевания (Dörner). Он возникает в результате нарушения дифференцировки центров полового поведения в гипоталамической области плода, осуществляющейся под влиянием эндокринных воздействий в критическом периоде (вероятнее всего на IV—VII месяце внутриутробной жизни). При этом гомосексуализм развивается у генетически мужского плода, имеющего мужские половые железы, если в это время у плода окажется недостаточное количество андрогенов, и у генетически женского плода — если окажется избыток андрогенов или эстрогенов.

Таким образом, в основе мужского гомосексуализма лежит недостаток мужских половых гормонов у плода, в основе женского — избыток либо мужских, либо женских половых гормонов во время критического периода дифференцировки центров полового поведения. Однако, как увидим, не все случаи гомосексуализма можно объяснить, исходя из этой теории.

Психоаналитические теории. По Freud, в раннем детском возрасте ребенок, так же как это было у первобытных людей, свободен в выборе полового объекта. Последний может принадлежать как к одноименному, так и разноименному полу. Решающий момент в отношении окончательного полового выбора объекта возникает только после наступления половой зрелости и зависит от многих, не поддающихся учету факторов.

В возникновении гомосексуализма у мужчины, по мнению некоторых психоаналитиков, играет роль то, что гомосексуалист в детстве был якобы кратковременно резко фиксирован на своей матери. По преодолении этой фиксации он отождествляет себя с матерью и избирает себя самого в качестве сексуального объекта. Таким образом, исходя из нарциссизма, он ищет мужчин юношеского возраста, похожих на него самого, которых хочет любить, как их любила мать. По Freud, чувство отвращения, которое гетеросексуальные люди испытывают к гомосексуализму, объясняется не его противоестественностью, а тем, что они подавляют у себя скрытые гомосексуальные тенденции. Ряд психоаналитиков рассматривают гомосексуализм как результат задержки сексуального развития на ранней детской ступени, вследствие чего не возникает гетеросексуального выбора объекта. По Schultz, к развитию гомосексуализма мужчины ведет «злая холодная мать» при наличии мягкого отца.

Генезом женского гомосексуализма Freud и его школа занимались мало. Freud описал один случай женского гомосексуализма и в конце концов пришел к выводу, что в основе его лежат врожденные причины. По Fenichel, у женщин-гомосексуалисток либо резко выражена идентификация с отцом (желание penis), либо имеются нарциссические тенденции. Роль идентификации и тому подобных переживаний раннего детского возраста в генезе гомосексуализма нам представляется неубедительной.

Кондиционная (условнорефлекторная) теория. Сторонники этой теории рассматривают все формы гомосексуализма как приобретенные, возникшие под влиянием неблагоприятных внешних воздействий. «Совершенно несомненно,— писал П. Б. Ганнушкин,— что, как правило, у большинства людей до наступления половой зрелости половое влечение отличается большой неустойчивостью, особенно в отношении цели и объекта влечения. Случайные впечатления, соблазны со стороны товарищей, наконец

прямое совращение со стороны пожилых гомосексуалов фиксируют у еще не нашедшего себя в половом отношении **неустойчивого, психопатического** юноши ту форму удовлетворения полового влечения, в которой он испытывал свои первые, наиболее яркие половые переживания. Повторение создает привычку, а общение с другими гомосексуалами и сознание осуждения, с которым общество относится к гомосексуалу, приводит к односторонней сектантской установке к лицам другого пола: параллельно с этим элементы нормального полового чувства постепенно атрофируются и замирают,— далеко не всегда, однако, полностью». Патологической фиксации полового влечения на лицах одноименного пола может способствовать ранняя половая возбудимость и наклонность к образованию очень прочных условнорефлекторных связей, даже при однократном сочетании. Таким образом, впервые в жизни вызванное лицом одноименного пола переживание оргазма может привести к инверсии полового влечения.

Отсутствие доступа к лицам противоположного пола у людей с определившейся гетеросексуальной направленностью полового влечения само по себе не ведет к его инверсии, а скорее ведет к мастурбации. Однако при неустойчивости, недостаточной дифференцированности половой направленности в детском или юношеском возрасте формирование влечения может пойти иначе. Лишение доступа к лицам противоположного пола, затруднение контакта с ними вследствие, например, чрезмерной строгости воспитания или неуверенности в своих сексуальных силах может способствовать инверсии полового влечения.

Большое влияние на формирование направленности полового влечения могут оказывать взгляды и установки, возникшие в процессе формирования личности. Влияние это тем сильнее, чем слабее доминирование мужского либо женского полового центра диэнцефальной области. Так, в случаях гермафродитизма и интерсексуальности половое влечение обычно оказывается направленным на лиц того же или противоположного пола в зависимости от того, воспитывался ли человек как мальчик или как девочка.

Врожденные или приобретенные характерологические особенности сами по себе не имеют решающего значения в выборе полового объекта. Перверсии, в том числе и гомосексуализм, могут возникать как у психопатических, так и у непсихопатических личностей и не связаны с какой-

либо определенной формой психопатии (половой психопатии — psychopatia sexualis старых авторов).

Приведенные выше теории освещают ряд факторов, оказывающих влияние на формирование гомосексуальной направленности, однако при этом не учитываются клинические формы гомосексуализма, имеющие различный генез. Нашу точку зрения на генез гомосексуализма мы выскажем после рассмотрения его клиники.

Клинические формы женского гомосексуализма. С конца XIX века было принято разграничивать активную и пассивную формы мужского гомосексуализма на основании того, что один из гомосексуалистов во время половых отношений играет мужскую (активную), второй — женскую (пассивную) роль. Это разделение ролей отчетливо выступает в случаях педерастии.

При взаимной мастурбации, орально-генитальных контактах и коитусе между бедер оказалось трудным установить, играет ли данный гомосексуалист мужскую или женскую роль. Кроме того, желая доставить удовольствие партнеру, они иногда могли меняться ролями.

Разграничения форм женского гомосексуализма вообще не проводилось, так как, видимо, предполагалось, что в отличие от мужчин обе женщины играют одинаковую роль в гомосексуальном акте.

Автором совместно с его сотрудницей Е. М. Деревинской было обследовано 96 женщин гомосексуалисток[1]. Большинство из них отбывали наказание за уголовное преступление. Из числа обследованных 9 были моложе 30 лет, 70 — от 30 до 40 лет и 17 — старше 40 лет.

Проведенные наблюдения показали, что по аналогии с мужским гомосексуализмом могут быть выделены две формы женского гомосексуализма — активная и пассивная. В качестве критерия для разграничения следует принять сексуальную аутоидентификацию гомосексуалиста (А. М. Свядощ) — ощущение принадлежности к тому или иному полу. При этом к активной форме следует относить гомосексуалистов, чувствующих себя мужчиной, к пассивной — ощущающих свою принадлежность к женскому полу. Активная форма гомосексуализма отмечена у 57, пассивная — у 39 обследованных.

---

[1] Полученные данные представлены в статьях А. М. Свядоща и Е. М. Деревинской (1964, 1967) и в кандидатской диссертации Е. М. Деревинской (1965). В ней более подробно описаны приведенные ниже истории болезни.

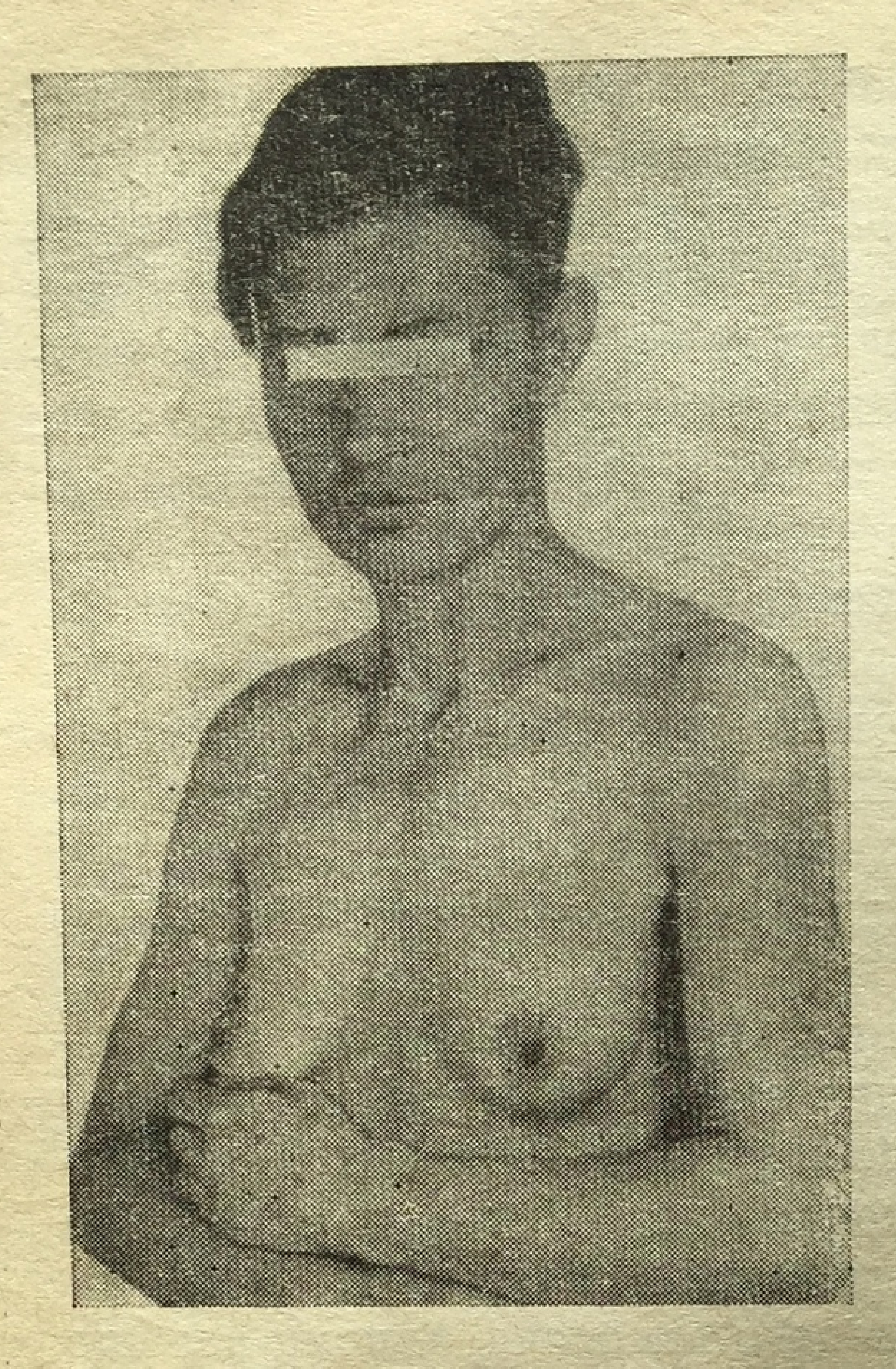


Рис. 3. Активная гомосексуалистка с мужеподобными чертами. На руках вытатуированы имена партнерш.

Для активных гомосексуалисток характерно то, что они как в сексуальных, так и во внесексуальных отношениях имитировали поведение мужчины, порой в утрированном виде. Они отмечали, что чувствуют себя мужчинами, что они как бы родились мужчинами и испытывают половое влечение только к женщинам. Мужчины не вызывают у них полового возбуждения и воспринимаются лишь как товарищи. Даже сама мысль о ласках мужчины, не говоря о половой близости, им неприятна.

Во внешнем облике 60% активных гомосексуалисток выступали те или иные мужеподобные черты — сильно развитая мускулатура, узкий таз, грубые черты лица, широкие плечи, мужская походка, угловатые движения, низкий грубый голос, растительность на лобке по мужскому типу. В то же время у всех у них были нормально развиты грудные железы. Большинство активных гомосексуалисток (32 из 57) с юношеского возраста носили мужскую прическу — коротко стриженные волосы. Почти половина активных гомосексуалисток были одновременно трансвеститками, т. е. носили мужскую одежду. Все активные гомосексуалистки отрицательно относились к женским украшениям — кольцам, серьгам, браслетам, брошкам. Лишь одна носила на груди медальон с портретом своей партнерши. Около 40% активных гомосексуалисток по своему телосложению и внешнему облику ничем не отличались от гетеросексуальных женщин.

Мужеподобные черты отчетливо выступают на сделанной автором фотографии активной гомосексуалистки (рис. 3). Надо сказать, что мужеподобные соматические и психические черты наблюдаются иногда и у здоровых

гетеросексуальных женщин, так что сами по себе они не могут служить основанием для диагностики гомосексуализма, хотя у активных гомосексуалисток они встречаются чаще, чем у гетеросексуальных женщин.

Большинство активных гомосексуалисток (35 из 57) отмечали, что уже с детского возраста обнаруживали интересы, свойственные мальчикам,— лазали на деревья, стреляли из рогатки, бросали камни, играли в футбол, хоккей, казаки-разбойники, войну, умели драться, в то же время они никогда не любили играть в куклы, носить косички, бантики. Проявляли интерес к мужской одежде. У 2/3 активных гомосексуалисток половое чувство проявлялось рано — до начала половой зрелости. Оно обнаруживалось в виде влюбленности в девушку или женщину. Появлялось смутное влечение к близости с ней, желание обнимать и целовать ее. Они объяснялись ей в любви, писали письма. Детской или юношеской влюбленности в мальчиков ни в одном случае не отмечалось.

Менструации начались в 12—15 лет у 41%, в 16 лет — у 12%, в 17 лет и позже — у 47% обследованных нами активных гомосексуалисток. Таким образом более чем у половины время появления менструаций было нормальным. У значительной части они пришли с запозданием. Почти у половины обследованных они были сравнительно скудными. Многие из активных гомосексуалисток отмечали, что менструации воспринимались ими как нечто чуждое, отмечали, что они стеснялись развития у себя грудных желез.

Более половины активных гомосексуалисток занимались мастурбацией в пубертатном возрасте или в период половой зрелости. Некоторые из них спали в постели со старшими девочками, и те научили их взаимной мастурбации. Гомосексуальная активность начиналась в большинстве случаев после длительной мастурбации или после того, как девушки узнавали об интимной стороне половой жизни. Свою сексуальную активность они направляли чаще на девушек или женщин более молодого, реже — своего возраста. При этом половую заинтересованность первоначально скрывали. Вели себя как преданные, внимательные подруги, старались во всем помочь, часто делали подарки. Постепенно, завоевав доверие и симпатию, начинали проявлять все большую и большую нежность, добивались разрешения ласкать, целовать, после чего переходили к сексуальным действиям. Лишь немногие из них начинали

проявлять гомосексуальную активность без особой подготовки. Они стремились любой ценой вызвать переживание оргазма у своей партнерши, при этом обнаруживая порой значительное искусство. Многие из них предварительно стремились вызвать у нее психоэротическую настроенность, затем переходили к общим ласкам тела, старались выявить эрогенные зоны. В дальнейшем в зависимости от особенности расположения этих зон по отношению к одним женщинам применяли стимуляцию клитора рукой или ртом, по отношению к другим — мануальную стимуляцию влагалища. Последняя в общем применялась сравнительно редко. Половой акт с партнершей нередко затягивался до 20—30 минут и дольше и в зависимости от ее темперамента повторялся многократно, до тех пор пока у нее не возникало состояние прострации. Одновременно с раздражением половых органов партнерши совершали фрикции своих гениталий о ее бедра и таким образом одновременно с ней достигали оргазма. Реже разрешали ей вызывать у себя оргазм путем манипуляции на половых органах. У большинства активных гомосексуалисток отмечался единичный пикообразный оргазм 1—3 раза в течение ночи. Активные гомосексуалистки нередко обнаруживали в той или иной степени садистические наклонности. Вообще сексуальные отношения с партнершей характеризовались своей неровностью.

Во внесексуальных отношениях с партнершами при формировании гомосексуальной «семьи» большинство активных гомосексуалисток также стремились имитировать поведение мужчины — главы семейства. Они требовали беспрекословного подчинения своей воле, распоряжались деньгами. Работу, считающуюся традиционно женской (приготовление пищи, стирка, шитье), не выполняли, возлагая ее всецело на своих «жен». Традиционно мужскую работу выполняли с удовольствием, порой обнаруживая в ней высокое искусство. Почти всем активным гомосексуалисткам нравилось, когда их партнерши носили украшения, одевали декольтированные платья, выглядели женственными. Многие из них были очень ревнивы, причем ревновали партнершу как к женщинам, так и к мужчинам. Некоторые из них из ревности нападали на своих соперниц, проявляя агрессивность (вплоть до нанесения тяжких телесных повреждений).

Помимо влияния воспитания, для полового поведения имеют значение врожденные коды и программы. Одна из

них — это стремление к сближению, к овладению противоположным полом, инстинкт половой агрессии. Инстинкт этот является ведущим в формировании полового поведения у животных, однако может играть роль и в возникновении влечений у человека. В отличие от женщин гетеросексуальных активным гомосексуалисткам как раз была свойственна высокая половая агрессивность. Они с большой настойчивостью и упорством преследовали понравившуюся женщину, добиваясь сближения. Иногда при этом не останавливались даже перед угрозами и прямой агрессией. Так, Г., 34 лет, в прошлом лейтенант милиции, влюбилась в терапевтической больнице в своего лечащего врача С. — женщину 26 лет, имевшую мужа и двоих детей. После выписки из больницы стала преследовать ее, ежедневно поджидала у дома, несмотря на ее протесты, провожала на работу, посылала ей цветы и духи, угрожала покончить жизнь самоубийством или зарезать ее мужа, если она не согласится с ней «встретиться». Получив категорический отказ, пришла к ней домой. Муж (здоровый мужчина ростом 1 м 85 см) отказался вызвать жену. Г., оттолкнув его, ворвалась в комнату и стала настаивать на «беседе», умоляла С. быть с ней, угрожала ей и ее мужу. Потребовалось вмешательство органов власти для ограждения семьи от ее преследований.

Другая гомосексуалистка, войдя в доверие к нравившейся ей девушке и оставшись с ней ночевать, преодолела ее сопротивление и мануально лишила ее девственности; третья добилась полового сближения под угрозой ножа. Однако в большинстве случаев активные гомосексуалистки находили партнерш, не прибегая к насилию.

По характеру 60% обследованных нами активных гомосексуалисток были стеничными, решительными, настойчивыми, инициативными, 40% были в то же время бесстрашными, грубыми, 16% отличались жестокостью, 14% — лживостью, эгоистичностью и лишь 20% были добрыми, общительными.

Хотя все активные гомосексуалистки отмечали, что полового влечения к мужчинам они никогда не испытывали, большинство из них когда-либо имели половую связь с мужчиной. При этом $^{3}/_{4}$ из них отметили, что в гетеросексуальной жизни у них не возникало полового удовлетворения и половой акт был неприятен. Ни одна из них не начала половую жизнь в результате изнасилования. Приведем характерное наблюдение.

Больная В. А., 47 лет. Отец страдал хроническим алкоголизмом, мать — тихая скромная женщина. Тетка по отцу мужеподобная, часто ходила в мужской одежде, не была замужем.

Росла здоровой девочкой. Окончила 4 класса, далее учиться не захотела. Работала сапожником. Отбывала наказание за кражу. В детстве любила играть только с мальчиками в их игры, умела хорошо драться, бросать камни, лазать по деревьям. В 13 лет достала себе мужскую одежду и с этого времени перестала носить женские платья, чувствовала себя мужчиной. Менструации с 14 лет, умеренные, безболезненные, по 3—4 дня. О половой жизни узнала от подруг рано. Отмечает, что никогда не испытывала ни малейшего влечения к мужскому полу, а испытывала влечение только к женщинам. В 14—15 лет влюблялась в подруг, с одной из них взаимно мастурбировали. В 19 лет была случайная половая связь с мужчиной, однако, кроме неприятных ощущений, ничего не испытывала.

С 20-летнего возраста гомосексуальные связи с женщинами. Длительность связи с одной партнершей до 4 лет. Одной девушке рукой нарушила девственность. Утверждает, что одна мысль о половом общении с мужчиной вызывает отвращение. Со своими партнершами груба, требовательна. Домашние работы не выполняет, возлагая их всецело на «жену». Однажды за непослушание избила партнершу. По характеру смелая, вспыльчивая, взрывчатая, мстительная, решительная. Работоспособность высокая.

Телосложение мужеподобное. Осанка и походка мужские, движения угловатые. Грудные железы, наружные и внутренние половые органы развиты нормально, со стороны неврологической — без особенностей. Лечиться по поводу гомосексуализма отказывается, так как считает свое состояние естественным.

В данном случае явления гомосексуализма развились у психопатической личности из группы возбудимых. В семье, видимо, имелась наследственная отягощенность гомосексуализмом по линии отца. Обращает на себя внимание наличие с детского возраста некоторых характерологических особенностей, свойственных мальчикам, а также мужеподобные телосложение и моторика. Направленность полового влечения на лиц одноименного пола стала выступать с раннего юношеского возраста. Возникшая случайная половая связь с мужчиной не сопровождалась половым удовлетворением и не привела к ослаблению гомосексуальной направленности полового влечения, а скорее способствовала ее закреплению. Постепенно развилась сектантская установка к обществу с его нравственными требованиями. В генезе возникновения активной формы женского гомосексуализма и трансвестизма в данном случае, видимо, основную роль играла врожденная аномалия направленности полового влечения, ситуационные же факторы имели лишь второстепенное значение, хотя и способствовали фиксации инверсии.

Явления гомосексуализма могут быть и у женщин, не обнаруживающих психопатических черт характера. Так, они имелись у женщины-врача, которая на протяжении двух десятилетий поддерживала гомосексуальные отношения со своей партнершей. По характеру она была стеничная, активная, энергичная, добрая, уравновешенная. Не любила употреблять косметику, не носила женских украшений, однако мужеподобных черт во внешности и манерах не обнаруживала. Иногда активные гомосексуалистки-трансвеститки стараются скрыть свою принадлежность к женскому полу и выдают себя за мужчину. Характерно следующее наблюдение:

Рис. 4. Активная гомосексуалистка-трансвеститка. В паспорте значится мужчиной. Имеется отметка о зарегистрированном браке с женщиной.

Больная А., 35 лет, направлена в психиатрическую клинику медицинского института на консультацию по поводу легкой раздражительности, возбудимости, утомляемости и бессонницы. При поступлении требовала поместить себя в мужское отделение, так как она якобы мужчина. Одета в мужской костюм (рис. 4). Рано лишилась отца. Отмечает, что он был злым, грубым, страдал хроническим алкоголизмом. Мать добрая, общительная женщина. Росла и развивалась нормально. В школу пошла с 8 лет, окончила 4 класса. В школьные годы любила играть только с мальчиками, девочек всегда защищала, дралась. Работу любила только мужскую, была грузчиком, последнее время работает охранником.

Утверждает, что никогда не носила женских платьев, «в детстве ходила только в трусиках, штанишках, затем стала ходить в брюках». Менструации с 16 лет, умеренные, безболезненные, по 3—4 дня; во время менструации настроение пониженное («себя презираю»).

Была случайная половая связь с мужчиной, об этом говорит неохотно. Никогда не чувствовала влечение к лицам другого пола, не испытывала удовольствия от близости мужчины. По отношению

к женщинам чувствовала себя мужчиной, выдавала себя за мужчину, получила паспорт, в котором было указано, что она мужчина, носит мужское имя. Зарегистрировала брак с женщиной. В сексуальных отношениях играет мужскую роль.

Во внесексуальной жизни не выполняет женской работы, занимается только мужским трудом (рубит дрова, ремонтирует обувь, выполняет столярные и плотницкие работы). Требует к себе внимания, однако с «женой» ласкова, нежна, жалеет ее. Часто преподносит ей подарки. К детям «жены» от первого брака относится тепло, снисходительно, они называют ее папой, считают мужчиной.

Одно время была влюблена в другую женщину, стала за ней ухаживать, оставалась у нее ночевать. Первая «жена» ее ревновала. Обе «жены» из-за нее подрались. Со второй «женой» пробыла несколько месяцев, после чего вновь вернулась к первой. Курит с 17 лет, последние 5 лет нередко злоупотребляет алкоголем. По характеру бесстрашная, инициативная, решительная.

В отделении спокойна, общительна, стесняется раздеваться при других больных. Разглядывает молодых женщин, делает им комплименты. Утверждает, что уже теперь не способна влюбиться в других, так как безумно привязана к своей «жене». Держится непринужденно, в поведении много нарочитости, склонна к рисовке.

Больная среднего роста, атлетического телосложения. Жировая клетчатка развита хорошо, грудные железы развиты. Со стороны внутренних органов без особенностей. Со стороны неврологической симптомов очагового поражения мозга не обнаруживается. Интеллект соответствует полученному образованию.

Гинекологическое исследование ввиду сопротивления больной проведено под амитал-натриевым наркозом. По заключению гинеколога, малые и большие половые губы недоразвиты. Вход во влагалище свободен, слизистая оболочка увлажнена белями в умеренном количестве. Шейка матки сформирована, цилиндрической формы, зев точечный, закрыт. Матка маленькая, подвижная, с гладкой поверхностью, придатки не определяются.

Вскоре в клинику к больной приехала ее «жена». От дачи каких-либо сведений она отказалась. Больная с «женой» была очень нежна, обнимала, целовала ее. Категорически отказалась от лечения по поводу гомосексуализма. Выписана домой.

По катамнестическим данным, полученным через 3 года, живет счастливо со своей «женой», работает охранником, собирается переехать в другой город к родственникам «жены».

В данном случае А. П., являясь женщиной, всегда ощущала себя мужчиной, в течение многих лет состояла в зарегистрированном браке с другой женщиной. Они вместе образовали гомосексуальную семью. Как в сексуальном поведении, так и в семейной жизни А. П. играла роль мужа. Мужчины считали ее (как сослуживцы, так и окружающие) мужчиной. Сама она по своему внешнему облику, одежде (трансвестизм), ряду характерологических особенностей, профессиональной деятельности (грузчик, охранник) была похожа на мужчину. В отличие от этого парт-

нерша ее («жена») по своему внешнему облику, манере одеваться, поведению ничем не отличалась от обычных женщин.

Пассивная форма женского гомосексуализма. Пассивная форма характеризуется тем, что при ней гомосексуалистки не только в сексуальных, но и во внесексуальных отношениях играют женскую роль. Себя идентифицируют с женщиной. По внешнему облику они ничем не отличаются от женщин своего круга. Черты лица мягкие, женственные. Вторичные половые признаки хорошо развиты. Походка женская. У многих — длинные волосы, заплетенные в косы, модная прическа.

Все 39 пассивных гомосексуалисток, обследованных нами, одевались только в женское платье (случаев трансвестизма не наблюдалось) и в отличие от активных гомосексуалисток любили носить кольца, серьги, браслеты, брошки, красили губы, подводили брови и т. п. Более половины по характеру были общительными, мягкими, спокойными, легко подчиняющимися чужому влиянию, легко внушаемыми. У 8 из 39 резко выступали такие черты, как театральность, демонстративность. Почти все пассивные гомосексуалистки принадлежали к лицам женских профессий (швея, секретарь-машинистка, медицинская сестра) или к профессиям нейтральным.

Пассивные гомосексуалистки развивались как девочки. Любили куклы, рукоделие, мерили платья и наряды, играли с девочками, нередко испытывали детскую или юношескую влюбленность в мальчиков. Менструации у них наступали вовремя (у 24 из 39 — в возрасте 12—15 лет и лишь у 5 — в 17 лет и позже, т. е. с запозданием). Из 39 гомосексуалисток 36 когда-либо в прошлом жили гетеросексуальной половой жизнью, причем половина из них была замужем, некоторые имели детей, но ни у одной из них брак не был счастливым. Большинство из них во время гетеросексуальной жизни не испытывали полового удовлетворения. Немногие иногда испытывали приятные половые ощущения. Когда-либо мастурбировали (в отличие от активных гомосексуалисток) лишь немногие.

Гомосексуальные отношения все они начали в то время, когда не жили гетеросексуальной половой жизнью, или когда не были удовлетворены сложившимися семейными отношениями. Многие из них испытывали чувство одиночества, потребность в нежности, ласке, в близком друге. Почти все они первоначально видели в своем будущем

гомосексуальном партнере внимательную, ласковую, преданную и любящую подругу, иногда сильного человека, на которого можно опереться. Вскоре, однако, в отношениях все больше выступала эротическая влюбленность и первоначальные проявления нежности и ласки перерастали в гомосексуальные акты. Большинство пассивных гомосексуалисток впервые в жизни испытали сильное чувство оргазма под влиянием гомосексуального воздействия, остальные — оргазм намного более сильный, чем до этого при половой жизни с мужчинами. У многих из них возникало чувство влюбленности в свою партнершу, перераставшее постепенно в половую привязанность. Формировалась гомосексуальная пара, в которой один из партнеров играл роль мужа (лидера), второй — роль жены. В огромном большинстве случаев пара формировалась из активной и пассивной гомосексуалисток. Очень редко встречались случаи, когда во время половой близости периодически пассивная гомосексуалистка на некоторые время брала на себя активную («мужскую») роль, однако лидерство в «семье» оставалось все же за активной гомосексуалисткой. Гомосексуальные пары порой сохраняли свои отношения на протяжении многих лет, маскируя их дружбой. Разрыв с партнершей переживался иногда чрезвычайно болезненно. Приводим характерное наблюдение.

Больная Н., 28 лет, обратилась с жалобами неврастенического характера. Кроме того, отмечала чувство тоски и одиночества. Явления эти наступили, как выяснилось, вскоре после разрыва с близкой подругой, с которой прожили вместе 3 года. Нервно-психическими заболеваниями в семье никто не страдал. Мать властная, эгоистичная, отец общительный, добрый. Росла и развивалась здоровой девочкой. В детском возрасте любила играть в куклы и другие игры девочек. Интересовалась женскими туалетами, украшениями, была кокетлива. Влюблялась в мальчиков, ходила на свидания. По характеру мягкая, общительная, легко внушаемая.

Менструации с 12 лет, по 3—4 дня, цикл 28 дней. Половая жизнь с 18 лет. До замужества — три недлительные половые связи с молодыми людьми. Замужем с 22 лет, по любви. Во время половой жизни с мужчинами оргазма никогда не испытывала, хотя половой акт совершался довольно длительно. Возникало лишь тягостное половое возбуждение; постепенно половая близость стала противна, старалась ее всячески избежать. Муж оказался грубым, невнимательным человеком, часто выпивал. Отношения ухудшились. Через 4 года разошлись. Перешла на новую работу, чувствовала себя одинокой.

В это время познакомилась с Г.— ведущим инженером на 10 лет старше, умной, энергичной женщиной. Г. стала уделять ей много внимания, приглашала в кино, театр. Она жила одна

в квартире, была незамужем. Н. стала подолгу просиживать у нее по вечерам, вскоре осталась ночевать. Под давлением Г. вступила с ней в половую близость. Впервые в жизни испытала сильный оргазм. Фактически переехала к Г. и стала жить с ней вместе. Г. ежедневно совершала с ней половые акты, вызывая повторные, многократные оргазмы главным образом мануальным раздражением клитора (внутривагинальная стимуляция не вызывала эротического возбуждения и была отвергнута). Постепенно развилась сексуальная привязанность к Г. Интерес к мужчинам угас. Дома Г. держала себя как мужчина, «женские» работы не выполняла, они были возложены на Н. Г. выглядела несколько мужеподобной, не любила женские туалеты, украшения. Последнее время стала груба, невнимательна, придирчива. Возникали частые ссоры. Выяснилось, что у Г. появилась другая партнерша, что и послужило причиной их разрыва.

Н. правильного телосложения, женственна. Длинные волосы собраны узлом. Губы намазаны, брови подведены. Носит женские наряды, украшения. В процессе психотерапии больной было указано на особенности ее сексуальной конституции (клиторический тип возбудимости) и объяснено, почему она до сих пор не испытывала полового удовлетворения с мужчинами. Внушена установка на гетеросексуальную жизнь. Через полгода вступила в близкие отношения с мужчиной, который путем дополнительной стимуляции клитора во время полового акта вызывал у нее половое удовлетворение. К нему возникло чувство привязанности, интерес к Г. исчез.

На протяжении всей жизни Н. всегда чувствовала себя женщиной.

В данном случае молодая женщина в детстве и юности развивалась в половом отношении нормальной, обнаруживала гетеросексуальную направленность довольно сильного полового влечения. Себя всегда ощущала женщиной. Однако во время половой жизни с мужчинами до брака и с мужем во время брака не получала адекватной сексуальной стимуляции (имелся клиторический тип половой возбудимости), оставалась в состоянии фрустрации, половой неудовлетворенности. В связи с этим возникло отрицательное отношение к половой жизни. Не возникло привязанности к мужу и как к другу в силу его грубости и пьянства. Брак закончился разводом. Испытывала чувство одиночества. В это время стала объектом притязаний со стороны активной гомосексуалистки, проявившей к ней теплоту и внимание. Во время половой близости с ней впервые стала испытывать сильнейшее чувство оргазма. Постепенно возникла половая привязанность. Сформировалась гомосексуальная семья, в которой она играла роль жены, т. е. обнаруживала явления пассивной формы гомосексуализма. Гетеросексуальная направленность полового влечения сменилась гомосексуальной установкой. Разрыв с партнершей

вызвал тяжелые переживания, невротическую депрессию. Под влиянием психотерапии и разъяснения причин неудач ее половой жизни с мужчинами удалось вновь направить половое влечение в гетеросексуальное русло. Половая жизнь с мужчиной, который сумел удовлетворить ее в половом отношении, привела к закреплению этой направленности. Таким образом, явления пассивной формы гомосексуализма были в данном случае всецело ситуационно обусловлены и оказались обратимыми.

Иногда под влиянием активного стремления личности к преодолению гомосексуализма возможен переход к нормальной гетеросексуальной жизни.

Так, В., 38 лет, с мужеподобными соматическими и психическими особенностями, обнаруживавшимися с детства, в возрасте 18—23 лет поддерживала активные гомосексуальные отношения поочередно с тремя партнершами. Затем под влиянием убеждения близких и психотерапевтического воздействия начала гетеросексуальную половую жизнь, вышла замуж. Половая близость с мужем первоначально не вызывала полового удовлетворения, несмотря на его хорошие половые способности. В семье стала лидером. Далее захватила в половых отношениях инициативу, представляя себе, что муж — это ее партнерша, стала испытывать оргазм. Имеет сына 6 лет. Отношения в семье хорошие. В течение 3 недель был рецидив гомосексуальной связи во время отъезда мужа, после чего нормальная половая жизнь возобновилась.

Явления активной (врожденной) формы женского гомосексуализма, обнаруживавшиеся даже в юношеском возрасте, могут исчезнуть под влиянием благотворного воздействия внешней среды и активной направленности личности на их преодоление. Характерно следующее наблюдение.

Больная Р., 16 лет, ученица 9-го класса школы-интерната, поступила в психиатрическую клинику после суицидной попытки. Два месяца назад влюбилась в молодую учительницу, стала писать ей любовные записки, дарить цветы, провожать домой, часами простаивать у ее окна. Ревновала к ней других учениц. Вскоре учительница стала ее избегать, и последнее время стала к ней якобы плохо относиться, запретила оказывать какие-либо знаки внимания. В состоянии отчаяния Р. попыталась отравиться серой от спичечных головок.

Больная — красивая голубоглазая шатенка, среднего роста. Хорошо сложена, фигура спортивная. Вторичные половые признаки выражены нормально. Рано лишилась отца, воспитывалась у матери и отчима. Последний к ней относился хорошо и между ними сложились добрые, дружеские отношения. Мать по характеру спокойная, общительная женщина. Росла и развивалась нормально. В школу пошла с 8 лет, училась хорошо. Жила в отдаленном от школы поселке, поэтому с 8-летнего возраста стала учиться

в школе-интернате. Обучение совместное с мальчиками. В классе являлась лидером, отношения с учениками хорошие.

Менструации с 15 лет, регулярные, умеренные, обильные, безболезненные. Половой жизнью не жила. У мальчиков пользовалась успехом. Они неоднократно предлагали ей дружбу, однако относилась к их предложениям отрицательно. Интереса они никогда не вызывали. В 15 лет влюбилась в подругу. Обнимала и страстно целовала ее, часто видела во сне. Снилось, что они целуются, ласкают друг друга, при этом иногда возникал оргазм. В учительницу влюбилась вскоре после отъезда подруги.

В психиатрической клинике первое время очень скучала по учительнице, часто видела ее во сне, ждала ее прихода. Затем успокоилась, стала проявлять все больший и больший интерес к девушке—лечащему врачу М., стала обнаруживать к ней эротическую привязанность. Вскоре после выписки начала посылать М. письма с признанием в любви, цветы, волновалась, когда не получала ответа.

Через 2 месяца после выписки вновь доставлена в психиатрическую клинику в связи с суицидной попыткой (на школьном вечере «расстроилась и выпила ртуть из двух термометров»). В приемном покое клиники интересовалась врачом М., которая ее раньше лечила.

Дежурный врач, которая знала о ее особом отношении к врачу М., посоветовавшись со старшими товарищами, поместила ее в областную психиатрическую больницу, в которой М. не работает. Больная стала просить, чтобы ее оставили в клинике или вызвали к ней М. Во время беседы рассказала, что она любит М. и скучает о ней, что от М. она в течение 2 месяцев не получала писем и тогда решила во что бы то ни стало снова попасть в клинику, чтобы увидеть М. С этой целью и инсценирвала суицидную попытку.

В больнице ее передали молодому врачу-мужчине. Она не обращала на него внимания и стала нежна и внимательна по отношению к другому врачу — молодой женщине.

С больной были проведены психотерапевтические беседы, во время которых ей разъяснялось, что влюбленность в подругу, учительницу, врача — это естественная реакция юношеского возраста. Однако истинного счастья можно достигнуть только во время настоящей семейной жизни. Внушалось, что когда она станет старше, она выберет себе достойного спутника жизни, выйдет за него замуж, будет испытывать радости любви и материнства.

Катамнез через 6 лет показал, что удачное замужество привело к нормализации направленности полового влечения.

В данном случае у девушки в период полового созревания обнаружилась выраженная направленность полового влечения на лиц одноименного пола. Возникла она без какого-либо внешнего повода или неблагоприятных воздействий внешней среды. Однако дальнейшее привитие ей идеалов семейного счастья, основанного на гетеросексуальной любви, и установка на нормальную половую жизнь привели к подавлению гомосексуальных тенденций и вступлению в брак.

Гомосексуальная установка у пассивных гомосексуалисток менее стойка, чем у активных. При попадании в благоприятную ситуацию у них часто наблюдается переход к гетеросексуальной жизни, особенно при наличии сохранного чувства материнства. Если муж оказывается при этом в состоянии обеспечить половое удовлетворение (стимуляцией соответствующих эрогенных зон), то переход к нормальной половой жизни может оказаться стойким. Надо сказать, что фригидных женщин среди гомосексуалисток мы ни разу не встретили, да их, видимо, и нет, так как фригидные натуры не проявляют гомосексуальной активности. Попытки гомосексуального совращения обычно безуспешны там, где с детства или с юности сформировалась установка на гетеросексуальную жизнь и имеются этические и нравственные представления о недопустимости половых отношений между лицами одного пола, а также выражено чувство материнства и нет чувства одиночества. Характерно следующее наблюдение.

Р., 28 лет, в 18-летнем возрасте в состоянии алкогольного опьянения была грубо дефлорирована провожавшим ее с вечеринки молодым человеком. Тяжело переживала это. В дальнейшем были еще две кратковременные связи с молодыми людьми. Полового удовлетворения не испытывала, оставалась в состоянии фрустрации; вскоре половой акт стал вообще неприятен. Однажды спала ночью в одной постели с молодой женщиной, которой симпатизировала. Эта женщина ночью путем ласк области гениталий вызвала у нее впервые в жизни сильный оргазм. Далее стала ее преследовать, добиваясь с ней интимной близости. Р. категорически отвергала сближение по моральным соображениям, однако с этого времени начала иногда мастурбировать. Через 2 года встретила мужчину, которого полюбила. Вышла за него замуж. Имеет двоих детей. Очень к нему привязана и считает свой брак счастливым.

Р. женственная, по характеру мягкая, общительная, эмоционально лабильная.

В данном случае явления гомосексуализма (пассивной формы) не возникли, несмотря на то что половая жизнь с мужчиной началась с психической травмы и не сопровождалась половым удовлетворением. Оргазм впервые был вызван женщиной, однако имевшиеся высокие этические и нравственные представления воспрепятствовали установлению гомосексуальных отношений и все развитие пошло по пути нормальной половой жизни.

В заключение следует особо подчеркнуть, что изучение этиологии, патогенеза, клиники и терапии гомосексуализма как у женщин, так и у мужчин ранее проводилось обычно

без учета клинических форм. Так, например, указывалось, что у мужчин-гомосексуалистов отмечается импотенция, но не указывалось, характерна ли она для активных или пассивных, хотя очевидно, что активные гомосексуалисты-педерасты не могли бы совершать свои акты, обладая слабой потенцией. При описании наследственности, телосложения, развития вторичных половых признаков не учитывались формы мужского гомосексуализма.

Нами при обследовании мужчин-гомосексуалистов в качестве критерия отнесения их к активной или пассивной форме была принята сексуальная аутоидентификация. Оказалось, что мужчины активные гомосексуалисты по своему телосложению, характерологическим особенностям, интересам и общей манере поведения не отличаются от здоровых гетеросексуальных мужчин. Женоподобные черты в строении тела и манере поведения, а также стремление носить одежду противоположного пола характерны лишь для пассивных гомосексуалистов (А. М. Свядощ и В. В. Антонов).

Все сказанное выше свидетельствует о том, что генез активной и пассивной формы как женского, так и мужского гомосексуализма различен. В основе активной формы женского и пассивной формы мужского гомосексуализма в большинстве случаев лежит врожденная инверсия направленности полового влечения. В пользу этого говорит частота соматических и психических черт противоположного пола, обнаруживающихся у этих групп больных уже с детского возраста. Эти формы инверсии, по всей вероятности, могут быть вызваны как генетически, так и экзогенно обусловленными нарушениями дифференцировки половых центров плода в критическом периоде, нарушением продуцирования половых гормонов у матери или плода, введении матери половых гормонов во время беременности, в результате патологической секреции гонадотропинов или половых гормонов плацентой, при наследственно обусловленной или приобретенной пониженной чувствительности гипоталамуса плода к гормональным воздействиям (Dörner). Интересно отметить, что, по данным Erhardt и Money (1968), у девочек, матери которых во время беременности получали для ее сохранения мужские половые гормоны, поразительно часто наблюдалось «мальчишеское» поведение, т. е. вышеприведенные характерологические особенности, которые мы видели у многих активных гомосексуалисток. Весьма редко встречается инверсия, приобретенная

в результате органических повреждений головного мозга, эндокринных нарушений и т. п., перенесенных в зрелом возрасте. Ситуационные факторы не играют решающей роли в возникновении активной формы женского и пассивной формы мужского гомосексуализма.

В генезе пассивной формы женского гомосексуализма, наоборот, не играют роли врожденные особенности полового влечения, а также церебральные или эндокринные расстройства. В основе ее лежит формирование прочной условнорефлекторной связи между переживанием оргазма и вызвавшей это переживание женщиной. При этом установлению регулярных гомосексуальных отношений способствует стремление к преодолению одиночества, к приобретению друга и т. п. Как указывалось, у многих здоровых женщин влечение к половому акту с мужчиной возникает лишь после того, как они начинают испытывать оргазм. В связи с этим у женщины половая жизнь с мужчиной, не сопровождающаяся половым удовлетворением, может благоприятствовать фиксации полового влечения на женщине, сумевшей вызвать у нее это удовлетворение. Фиксации полового влечения может способствовать также повышенная склонность к образованию очень прочных условнорефлекторных связей.

Таким образом, можно сказать, что активными гомосексуалистками обычно рождаются (точнее, рождаются только со склонностью к активной форме гомосексуализма, которая может вести к гомосексуальному поведению), а пассивными — становятся. Аналогом пассивной формы женского гомосексуализма является активная форма мужского. Однако генез этой формы более сложен. И в его основе, так же как и в основе пассивной формы женского гомосексуализма, лежит фиксация первых сильных половых переживаний на вызвавшем эти переживания лице одноименного пола. Способствовать этому могут еще два фактора (А. М. Свядощ и В. В. Антонов).

1. Наличие у многих мальчиков или юношей от 7—8 до 15—16 лет периода недифференцированной направленности сексуального влечения (периода юношеской интерсексуальности, по А. Моллю). В это время половое возбуждение нередко возникает под влиянием самых различных воздействий, например при мышечном напряжении во время борьбы с товарищем, при езде в автомобиле, поезде, при испытании чувства боли, страха и т. п. В этом возрасте часто наблюдаются также половые игры как гетеросексу-

ального, так и гомосексуального характера, заключающиеся в ощупывании чужих гениталий, взаимном их возбуждении и т. п. Поскольку в этом возрасте направленность полового влечения еще не носит столь строго гетеросексуального характера, может легче возникнуть и зафиксироваться его гомосексуальная направленность.

2. Отсутствие свойственной мужчинам врожденной реакции полового возбуждения при контакте с обнаженными женскими гениталиями. Явления эти часто наблюдались нами у мужчин-гомосексуалистов, как активных, так и пассивных.

Итак, для врожденной формы гомосексуализма (активной у женщин и пассивной у мужчин) характерна следующая триада симптомов (А. М. Свядощ):

1. Наличие с детского возраста тех или иных соматических и характерологических особенностей противоположного пола.

2. Ощущение своей принадлежности к противоположному полу (нарушение сексуальной аутоидентификации), а в связи с этим стремление фигурировать в качестве лица противоположного пола и носить его одежду.

3. Направленность полового влечения на лиц одноименного пола (инверсия полового влечения).

Для реактивно (ситуационно) обусловленной формы гомосексуализма (активной у мужчин и пассивной у женщин) характерно наличие одного третьего члена триады без первых двух.

Трансвестизм. Трансвестизмом (от греч. vestis — одежда) называется стремление носить одежду и фигурировать в роли лица противоположного пола. Трансвестизм давно вызывает осуждение со стороны общества. Так, в иудейской религии (5-я книга Моисея, 22, 5) объявлялось грехом мужчине носить женское и женщине — мужское платье. Среди прочих обвинений Жанны д'Арк фигурировало обвинение в том, что она носила мужской костюм.

В основе трансвестизма лежит нарушение сексуальной аутоидентификации — ощущение своей принадлежности к противоположному полу. Отсюда — стремление носить одежду и фигурировать в роли лица противоположного пола. Оно чаще всего сочетается с инверсией направленности полового влечения и тогда рассматривается в рамках гомосексуализма (рис. 5 *а, б*). Наряду с этим трансвестизм может выступать и самостоятельно, наблюдаясь у лиц, не являющихся гомосексуалистами и живущих нор-

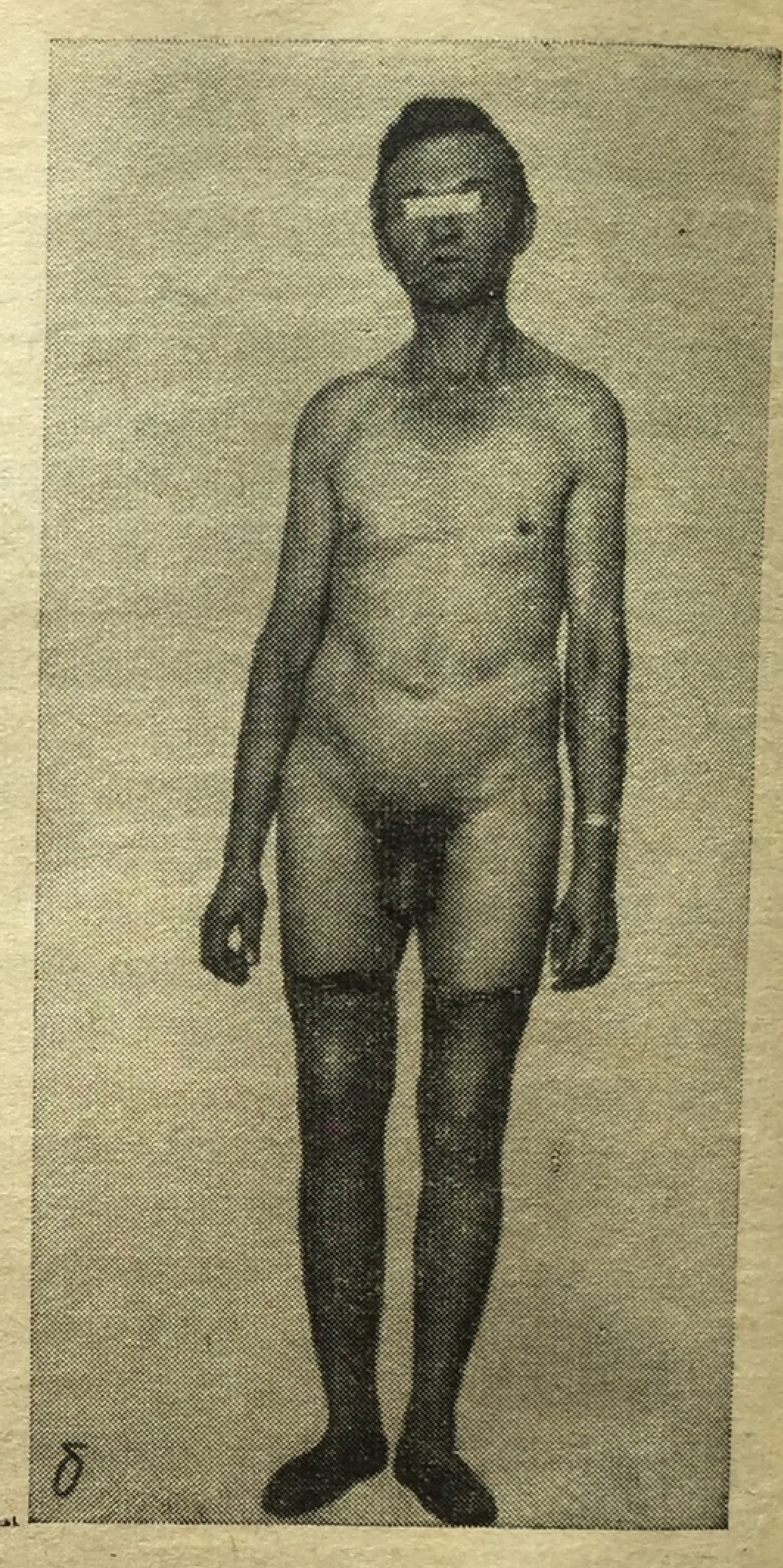


Рис. 5. Мужчина пассивный гомосексуалист-трансвестит. Работает уборщицей. Зовет себя Василисой Андреевной (по паспорту — Василий Андреевич).

мальной половой жизнью. Однако и в этих случаях обычно с детства отмечаются те или иные соматические и характерологические особенности противоположного пола, приведенные нами при описании врожденных форм гомосексуализма.

Под нашим наблюдением находился больной 46 лет. Он был женат 24 года. Жил нормальной половой жизнью, имел двух взрослых детей. В телосложении выступали женоподобные черты (широкие бедра), однако мужские половые органы были хорошо развиты, без каких-либо признаков гермафродитизма.

С детства любил женские занятия. Любил примерять женские платья, женские украшения. Себя ощущал принадлежащим к женскому полу. В юношеские годы это ощущение усилилось и все чаще появлялось желание носить женскую одежду и выдавать себя за женщину. Полового влечения к мужчинам никогда не возникало, девушки же вызывали половое влечение. Особенно

возбуждал вид обнаженного женского тела и прикосновение к нему. Половую жизнь начал в 17 лет с девушкой на 3 года старше. После окончания института был призван в армию. Успешно продвигался по службе. Начал при всяком удобном случае, скрывая это от окружающих, надевать женское платье. После демобилизации из армии дома носил его почти постоянно. Жена сына стала протестовать против того, что дедушка ходит в женском платье, вышивает, подметает пол, готовит обед. Тогда он подал заявление в органы милиции с просьбой официально признать его женщиной, чтобы он мог свободно ходить в женской одежде. Признаков психического заболевания не обнаруживал.

Мы полагаем, что подобные случаи трансвестизма являются врожденным состоянием. В их основе, так же как и в основе врожденных форм гомосексуализма, лежат по всей вероятности нарушения дифференцировки половых центров в диэнцефальной области. Эти нарушения могут быть менее выражены, чем при врожденных формах гомосексуализма, в связи с чем направленность полового влечения на лиц противоположного пола остается сохранной.

У женщин трансвестизм встречается реже, чем у мужчин, и обычно сочетается с гомосексуальной направленностью полового влечения.

От трансвестизма следует отличать фетишизм одежды (белья) противоположного пола. При нем нет ощущения своей принадлежности к противоположному полу. Белье первоначально используется только в качестве фетиша при половом акте или мастурбации, и лишь в дальнейшем может иногда развиться желание носить его более длительно.

ФЕТИШИЗМ

Фетишем (от французского fetiche — объект поклонения) называют предмет, который в представлении суеверных людей наделен сверхъестественной, магической силой. В связи с этим фетишизмом обозначают форму половой психопатологии, при которой половое возбуждение возникает лишь при наличии неадекватного физического раздражителя (фетиша).

Фетишем чаще всего являются неодушевленные предметы, например отрезанная коса, дамское белье (бюстгальтеры, чулки), туфли, носовые платки, прорезиненные плащи, однако обязательно либо бывшие в употреблении, либо примерявшиеся лицом противоположного пола. При этом такие предметы не должны принадлежать близким родственникам или лицу, с которым фетишист живет половой

жизнью. Отсюда нередко стремление похитить эти предметы у незнакомых людей или украсть их из магазина сразу после того, как их примеряли (например, туфли). Таким образом, фетиш является как бы символом лица, которому он принадлежал. Так как близкие родственники обычно не являются возбудителями полового влечения, то и вещи их не приобретают свойства фетиша. Фетишем может также стать картина или статуя, определенный запах, например запах прорезиненного плаща (макинтоша), а также звуки (тембр голоса и т. п.).

Приобретенный фетиш обычно прикладывается к половым органам или созерцается. Он вызывает половое возбуждение, которое удовлетворяется чаще всего путем мастурбации, реже путем нормального полового сношения.

Человек встречает на улице сотни людей. Огромное большинство из них воспринимаются им как сексуально безразличные объекты, и лишь единицы обращают на себя внимание, вызывают сексуальную реакцию. Реакция эта возникает не в результате однозначного и равномерного воздействия всех элементов, из которых складывается восприятие человека как целого, а в результате более подчеркнутого влияния каких-либо отдельных свойств объекта. Для одного — это стройность фигуры, для другого — определенные черты лица или форма ноги, для третьего — особенности туалета. Полнота женской фигуры или светлый цвет волос может обладать притягательной силой для одних и не оказывать влияния на других. Вкусы формируются в процессе индивидуального развития, при этом большое влияние на них оказывает общественное мнение. Так, в императорском Китае притягательная сила женщины во многом зависела от величины ее ноги. Ноги девочек со времен императора Та-Ки (1100 г.) помещались в специальную колодку, препятствующую их росту. Идеалы женской красоты даже за последнее столетие в европейских странах значительно изменились.

Встречаются люди, для которых определенное качество человека или особенность какой-либо части его тела имеют огромное значение. При этом остальные качества могут не приниматься во внимание. Некоторые авторы относят подобные случаи к фетишизму (фетишисты руки, ноги и т. д.). Границы между нормой и патологией в этих случаях неотчетливы.

Фетишизм встречается почти исключительно у мужчин и крайне редко у женщин.

Под нашим наблюдением находилась девушка с навязчивым страхом покраснения. В 9-летнем возрасте она однажды испытала приятное сексуальное возбуждение, то напрягая, то расслабляя мышцы бедер, и она периодически повторяла эти действия. В 15 лет была сильно влюблена в юношу. Вместе с ним была в Эрмитаже. Они остановились у скульптурной группы Антонио Кановы «Поцелуй амура». Юноша сильно сжал ей руки и прижался к ней. Они стояли молча. Она стала сжимать и расслаблять бедра, и тут впервые у нее возник оргазм. Она почувствовала жар в лице, смутилась и подумала, что другие заметили, как она покраснела. Вскоре она вынуждена была с юношей расстаться. Однажды, когда она достала фотографию этой скульптуры и когда стала ее вечером рассматривать, вновь возникло сильное половое возбуждение, которое она путем сжатия и расслабления мышц бедер довела до оргазма. С этого времени установилась навязчивая мастурбация, перед началом которой созерцает эту фотографию, ставшую для нее сексуальным фетишем. С этого же времени возникла боязнь покраснения.

По характеру тревожно-мнительная, легко смущающаяся, с высоко развитым чувством долга.

Очевидно, в данном случае в основе фетишизма лежит возникновение у девушки условнорефлекторной связи между сильным половым возбуждением и созерцанием статуи «Поцелуй амура». Боязнь покраснения символизировала боязнь, что окружающие узнают по ее лицу о ее половом влечении и о том, каким образом она его удовлетворяет.

Связь фетишизма с неврозом навязчивых состояний выступает здесь отчетливо.

По мнению психоаналитиков, фетиш всегда отражает тот или иной неосознаваемый сексуальный объект. Чаще всего у мужчин им являются якобы части тела матери (мех как символ волос на лобке и т. п.), а у женщин — предметы, символизирующие мужские половые органы. Freud полагал, что в основе фетишизма ног и волос лежит подавленное влечение к объектам вытесненных копрофилических переживаний (ноги и волосы обычно обладают специфическим запахом). В отличие от этого мы полагаем, что в основе фетишизма, так же как и некоторых других аномалий полового влечения, лежит образование патологически прочных условных связей во время сексуальных переживаний в детском или юношеском возрасте.

Остается все же непонятным, почему фетишизм встречается чаще у мужчин. Может быть, это объясняется тем, что женщины, как указывалось, значительно реже реагируют в сексуальном плане на зрительные раздражения, чем мужчины.

Вуайеризм (от франц. voyeur — зритель), или скоптофилия (от англ. scope — обозрение) — это влечение к созерцанию полового акта или обнаженных половых органов. Вид обнаженных женских половых органов является для мужчин «ключевым раздражителем», вызывающим безусловнорефлекторным путем, т. е. на основании генетически заложенной программы, половое возбуждение. Для возникновения его, однако, необходим достаточно высокий уровень половой возбудимости. Для женщин наличие аналогичной реакции на вид обнаженных мужских половых органов не характерно и отмечается лишь у некоторых женщин, уже живших половой жизнью, доставлявшей им половое удовлетворение, т. е. является реакцией приобретенной. Многим девушкам и женщинам вид мужских половых органов неприятен и даже тормозит у них половое возбуждение.

С точки зрения естественного отбора мужчины, у которых половое возбуждение легко возникало при одном виде полового партнера, проявляли большую сексуальную активность и чаще давали потомство, чем те, у кого оно не возникало. Учитывая пассивную роль женщины в половых отношениях, для нее это качество с точки зрения продолжения рода не имело большого значения. Видимо, поэтому у мужчин, как правило, имеется положительная сексуальная реакция на вид обнаженных женских половых органов, а у женщин аналогичная реакция на вид мужских половых органов часто отсутствует. Вероятно, поэтому же и вуайеризм у женщин встречается намного реже, чем у мужчин.

В основе вуайеризма лежит возникновение в детском или юношеском возрасте зафиксировавшейся условнорефлекторной связи между половым возбуждением и видом обнаженных половых органов или полового акта. Условнорефлекторные связи обладают двусторонней проводимостью[1]. В связи с этим при возникновении полового возбуждения безусловнорефлекторным путем оживляются и представления, ассоциативно связанные с половым возбуждением, как при возникновении голода возникают зрительные образы пищи.

[1] См. А. М. Свядощ «Иррадиация безусловнорефлекторного возбуждения по условным связям и ее значение для понимания некоторых психопатологических феноменов». В кн.: Вопросы высшей нервной деятельности применительно к клинике. М., 1965.

Студент V курса технического института — молодой человек, не живший половой жизнью,— рассказал нам о том, что он временами испытывает сильное, непреодолимое влечение видеть обнаженные женские половые органы. Влечение это возникло, когда в 13-летнем возрасте он наблюдал женщину через щель в женском туалете. Это вызвало у него сильное половое возбуждение, и он совершил онанистический акт. С этого времени при половом возбуждении возникает представление о женских половых органах и он мастурбирует. В 18—19 лет влечение видеть женские половые органы усилилось, и он стал проделывать в общественных уборных щели, чтобы наблюдать женщин в туалете и при этом мастурбировать. Пытался бороться с этим влечением и иногда подавлял его, но чаще всего оно было столь сильным, что он ехал даже за город, чтобы найти там подходящий общественный туалет.

Гипнотерапия в сочетании с аутогенной тренировкой позволила ему ослабить это влечение и начать нормальную половую жизнь. Вид обнаженных половых органов женщины остался сильным стимулом, вызывающим половое возбуждение.

В данном случае явления вуайеризма возникли по механизму условнорефлекторной связи. Фиксации этой связи способствовало наличие у него определенных черт характера — трудности переключения с одного вида деятельности на другой, тревожной мнительности, повышенной совестливости. Эту связь удалось затормозить, применив сочетание гипнотического внушения с аутогенной тренировкой.

По аналогичному условнорефлекторному механизму могут возникать и явления вуайеризма у женщин.

Нами наблюдалась больная неврозом навязчивых состояний, страдавшая влечением к созерцанию полового акта. Она жила в южном курортном городе и по вечерам много времени проводила в глухих уголках парка или пляжа, чтобы увидеть обнявшуюся пару. Вид обнимающихся в сочетании с представлением об их близости вызывал у нее сильное половое возбуждение. Тогда ей достаточно было, слегка согнувшись, сжать бедра для того, чтобы возник оргазм.

В возрасте 10 лет она, проснувшись ночью, стала свидетельницей полового акта родителей, спавших в той же комнате. С этого времени начала, притворяясь спящей, подстерегать момент, когда родители совершали половой акт. Вскоре при этом стала мастурбировать путем сжимания бедер. С 18 лет — ряд случайных половых связей с мужчинами. Половое удовлетворение ни с одним из партнеров не испытывала, часто оставалась в состоянии фрустрации. В 19 лет вечером в парке в полумраке случайно наблюдала сцену половой близости. Это вызвало сильное половое возбуждение. Отойдя на несколько шагов, сжала бедра и испытала оргазм. С этого времени появилось влечение наблюдать половой акт. Последние 2 года живет нерегулярно половой жизнью с женатым мужчиной. Полового удовлетворения при этом не испытывает.

С психоаналитических позиций можно было бы высказать предположение о том, что у девочки имелось скрытое

половое влечение к отцу (эдипов комплекс) с идентификацией себя с матерью и что это подавленное влечение явилось причиной аноргазмии и вуайеризма. Однако мы не видим достаточных оснований для такой трактовки. Генез вуайеризма в данном случае вполне объясним возникновением условнорефлекторной связи между половым возбуждением (оргазмом) и восприятием половой близости родителей. Эта связь оживилась и усилилась в 19-летнем возрасте, в период повышенной половой возбудимости.

Состоянием как бы противоположным вуайеризму является **эксгибиционизм** — влечение к получению полового удовлетворения путем демонстрации своих обнаженных половых органов лицам противоположного пола.

В донейролептическую эру в беспокойном женском отделении психиатрической больницы мы нередко наблюдали больных, которые в состоянии психомоторного возбуждения обнажались и демонстрировали свои половые органы, сопровождая это циничными фразами. Однако на переднем плане в их поведении выступало стремление оскорбить собеседника, а не получить половое удовлетворение путем демонстрации обнаженных частей тела. Поэтому эти случаи не могут быть отнесены к эксгибиционизму как форме половой психопатологии.

Эксгибиционизм встречается лишь у мужчин и не наблюдается у женщин. При этом эксгибиционисты неожиданно для женщины появляются в обнаженном виде и демонстрируют испуганной женщине свой эрегированный половой член. Это вызывает у них сильное половое возбуждение и ведет к наступлению эякуляции (иногда после нескольких мастурбаторных движений). Они чаще обнажаются перед девочками, чем перед взрослыми женщинами. Стараются совершать свои действия так, чтобы остаться незадержанными. Так, один из направленных к нам на экспертизу эксгибиционистов неожиданно выскакивал в парке из-за кустов, когда шли 1—2 женщины или девочки, после чего тут же скрывался. Другой больной неожиданно появлялся в парадных домов, третий — в оконном проеме строящегося дома, расположенного напротив гинекологической больницы. Он демонстрировал свои половые органы в то время, когда женщины стояли у открытых окон. Один из них был дебильным юношей, двое других — женатые мужчины, без признаков психоза, причем один с тревожно-мнительными чертами характера. Раньше он иногда совершал мастурбаторные акты, представляя себе

девушку, потом стал совершать их после того, как видел девушку издали, и наконец появилось желание демонстрировать ей свои половые органы, после чего — мастурбировать.

К нам обратился научный сотрудник 50 лет, автор более 20 изобретений. Просил применить лечение гипнозом, чтобы избавить его от эксгибиционизма. Рост 1 м 80 см, вес 85 кг, телосложение атлетическое, половые органы крупные, хорошо развиты. Вид и манеры мужественные.

Мастурбацию, начатую с 5—7 лет, продолжает от 2—3 до 5—6 раз в неделю. Иногда во время работы уходит в туалет для того, чтобы совершить мастурбаторный акт. Женат с 25 лет, имеет сына 24 лет. С женой живет половой жизнью 3—4 раза в неделю. Хотел бы жить чаще, но жена слишком устает и отказывается от более частой близости. Длительность полового акта до 10 минут, при мастурбации оргазм через 3—4 минуты. Жене никогда не изменял, опасаясь, что вдруг не наступит эрекция при сближении с другой женщиной. По характеру мнительный, вспыльчивый, резкий, легко переключающийся с одного вида деятельности на другой. Алкоголь почти не употребляет, так как он угнетает половую функцию.

В 24-летнем возрасте, возвращаясь с фронта в товарном поезде, вместе с другими пассажирами зашел в кусты для того, чтобы оправиться. Когда мочился, рядом случайно оказалась молодая женщина лет 30. Она увидела его половые органы, и это вызвало у него половое возбуждение и желание мастурбировать. Года через два после этого, находясь в командировке в Ленинграде, проходил через парк и, зайдя в кусты, помочился. В это время прошла молодая женщина и увидела его половые органы. Это вновь вызвало сильное половое возбуждение, и он тут же совершил мастурбаторный акт. С этого времени вспыхнуло желание обнажаться перед женщинами примерно 30-летнего возраста. Влечение к эксгибиционизму усиливается, если видит даже в трамвае или на улице интересную молодую женщину, особенно в мини-юбке. На протяжении последних 20 лет по 3—4 раза в месяц эксгибиционирует в парках перед женщинами этого возраста, внезапно показываясь из-за кустов, после чего совершает мастурбаторный акт. Тяготится этим влечением, просит помочь ему. Неоднократно привлекался милицией. Попытки лечения нейролептиками, в частности аминазином в дозах 100 мг и выше, не давали эффекта. Возникло чувство слабости, сонливости, вялости. По прекращении приема нейролептиков влечение к эксгибиционизму возобновилось.

Больному назначен тиоридазин (сонапакс) по 75 мг в сутки. Проведено 10 сеансов гипноза и условнорефлекторной терапии апоморфином. Внушалось безразличие к женщинам 30-летнего возраста и отвращение к эксгибиционистским актам. После введения апоморфина предлагалось вызывать эксгибиционистские представления. Последние ассоциировались с тошнотой и рвотой, вызванной апоморфином. Таким образом, удалось ослабить влечение к эксгибиционизму. Обучен аутогенной тренировке. В течение 6 месяцев 1—2 раза в месяц проводились сеансы поддерживающей терапии. Эксгибиционистские акты не совершались, хотя иногда влечение к ним появлялось.

В генезе заболевания у данного больного несомненно имел значение условнорефлекторный механизм — возникновение связи между сильным половым возбуждением и демонстрацией своих гениталий молодой женщине. С этого времени зародилось влечение к эксгибиционизму не перед девочками, а перед молодыми женщинами. Обычно патологически прочные сексуальные связи зарождаются в детском или юношеском возрасте. Здесь же они возникли у молодого человека 20 лет, т. е. в значительно более позднем возрасте, чем обычно. По всей вероятности, это стоит в связи с его исключительно высокой половой возбудимостью. Терапевтического успеха удалось достигнуть сочетанием гипнотического внушения с условнорефлекторной терапией апоморфином.

В животном мире, особенно у женских особей, имеется инстинкт демонстрации себя для привлечения особи мужского пола, а также инстинкт отдачи себя. Возможно, что наличие этих инстинктов способствует возникновению эксгибиционизма. У женщин в отличие от мужчин, по мнению Leonhard, инстинкт отдачи себя реализуется в половой жизни и поэтому не ведет к эксгибиционизму.

Психоаналитики полагают, что в основе эксгибиционизма лежат переживания, относящиеся к «кастрационному комплексу» (боязнь быть кастрированным). Эксгибиционистический акт при этом как бы говорит: «Подтверди, что у меня есть член или что ты испугалась при виде моего члена, следовательно, мне нечего бояться, что я его потеряю». Когда же опасаются, что их половой орган недостаточно велик, чтобы «испугать» женщину, то предпочитают показывать его девочкам.

Нам представляется, что в возникновении эксгибиционизма и в выборе объекта, которому эксгибиционист демонстрирует себя, ведущая роль принадлежит ситуационным факторам, как это видно и в следующем наблюдении.

Работник милиции, проходя по бульвару, сквозь кусты увидел, как хорошо одетый мужчина отодвинул портфель, лежавший у него на коленях, и показал свой возбужденный член двум девочкам 7—8-летнего возраста, сидевшим возле него на скамейке. Нарушитель был тут же задержан. Оказалось, что этот мужчина лишь 3 месяца тому назад отбыл 5-летнее тюремное заключение за аналогичные действия. Следственные органы направили его к нам в психиатрическую клинику на стационарную экспертизу.

Выяснилось, что это учитель 32 лет. Он женат и имеет двоих дочерей. Половые органы крупные, хорошо развитые. Обладает нормальной половой способностью и живет нормальной половой

жизнью с женой. По характеру несколько тревожно-мнительный, добросовестный, педантичный.

Когда ему было 4—5 лет, жил в деревне и часто бегал без штанишек. Сестра и ее подружки 7—8 лет часто играли с его половыми органами, «завязывали бантики» на его члене. В 15 лет стал онанировать, представляя себе прикосновение к его половому органу девочек 7—8 лет, затем перешел к эксгибиционизму перед девочками этого возраста. Для наступления оргазма иногда достаточно было показать девочкам свой половой орган, иногда же требовалась дополнительная мастурбация.

В данном случае возникновение в детском возрасте условнорефлекторной связи между половыми ощущениями и восприятием девочек 7 — 8 лет выступает очень отчетливо. По-видимому, образовавшийся условнорефлекторный комплекс и лег в основу эксгибиционирования перед детьми этого возраста. Фиксации сексуальных переживаний мог способствовать определенный склад личности (наличие психастенических черт характера), для которого характерно возникновение очень прочных условнорефлекторных связей. По существу заболевание можно расценивать как невроз навязчивых состояний с навязчивым влечением к эксгибиционированию.

ПЕДОФИЛИЯ, ГЕРОНТОФИЛИЯ, ИНЦЕСТОФИЛИЯ, ЗООФИЛИЯ

Под **педофилией** понимается направленность полового влечения на лиц детского возраста, **геронтофилией** — на лиц старческого (точнее — значительно старше себя) возраста и под **инцестофилией** — на кровных родственников.

Педофилия встречается у мужчин нередко. Большинство педофилов — это либо мужчины преклонного возраста, либо мужчины с низкой половой способностью, боязливые, неуверенные в себе. Как у тех, так и у других, направленность полового влечения на девочек связана с чувством неуверенности в своих половых способностях, опасением, что они не смогут удовлетворить половую потребность взрослой женщины. Возникновению этих явлений способствует сохранность либидо при снижении потенции. Чаще всего педофильные акты при этом выражаются в «половом просвещении» девочек, прикосновении к их половым органам или эксгибиционировании. Другую группу составляют педофилы, для которых в качестве фетиша выступает возрастная принадлежность Эта группа педофилии родственна фетишизму. В основе педофилии здесь лежат сексуальные

переживания, связанные с девочками, возникшие обычно в детском или юношеском возрасте. Чаще всего — это сексуальные отношения с сестрой.

Случаи педофилии у женщин нам неизвестны, и мы не встретили указаний на них в литературе. Видимо, ребенок мужского пола с его слабо развитыми половыми органами не является объектом полового вожделения для женщины.

В отличие от педофилии **геронтофилия** чаще встречается у девушек, чем у женщин. По мнению психоаналитиков, в основе геронтофилии у девушек лежит подавленное половое влечение к отцу, у мужчин — к матери. По нашим данным, геронтофилию вызывают зафиксировавшиеся сексуальные переживания детского или юношеского возраста. Так, в одном известном нам случае геронтофилии в основе влечения к пожилым мужчинам лежали сексуальные переживания, имевшие место в 6—7-летнем возрасте. В этом возрасте девочка нередко садилась на колени к своему дяде, которому было около 60 лет. Он раздражал рукой ее гениталии, что вызывало у нее сильные половые ощущения. С 11 лет — мастурбация с представлением раздражения гениталий рукой пожилого мужчины. С юношеского возраста — половое влечение к мужчинам преклонных лет.

В генезе геронтофилии у девушек может играть роль влечение к поиску сильного друга-защитника, который мог бы взять на себя заботу о ней. Эта сторона иногда особенно четко выступает у инфантильных девушек со слабым половым влечением. Они ищут в мужчине не столько любовника, сколько отца, который окружил бы их заботой.

Иногда половая привязанность к пожилым мужчинам возникает у молодых женщин на основании личного сексуального опыта.

Так, Г., 26 лет, в возрасте от 17 до 22 лет имела ряд связей с молодыми людьми своего возраста. Полового удовлетворения не испытывала. Оставалась фригидной. В 23 года вступила в близкие отношения со своим начальником 58 лет, хотя полового влечения к нему не испытывала и влюблена в него не была. Впервые с ним, неожиданно для себя, испытала сильное половое удовлетворение. Постепенно развилась половая привязанность. Через 2 года он уехал. Очень по нему скучала. Вступила в близкие отношения с молодым человеком, однако он оставил ее в состоянии фрустрации, неудовлетворенной. С этого времени испытывает половое влечение к мужчинам намного старше ее.

Влечение к лицам пожилого возраста в данном случае носило характер поиска адекватного партнера на основании имевшегося жизненного опыта.

Под **инцестом** (от лат. incestus — безнравственный) понимается половая жизнь с кровными родственниками. Согласно статье 16 «Кодекса о браке и семье РСФСР» (1969), «не допускается заключение брака между родственниками по прямой восходящей и нисходящей линии, между полнородными и неполнородными братьями и сестрами, а также между усыновителями и усыновленными». Запрет кровных браков встречается почти у всех народов и во всех культурах [1], причем осуждаются эти браки и с моральной точки зрения. Это отношение к ним продиктовано, по всей вероятности, тем, что допущение половой жизни между близкими родственниками, например отца с дочерью, привело бы к нарушению отношений между членами семьи и вызвало бы дезорганизацию семейной жизни. Надо сказать, что и с гигиенической точки зрения кровные браки нежелательны, так как увеличивают шансы проявления редких рецессивных аномалий у потомства.

Легкая эротическая окрашенность чувств между дочерью и отцом, матерью и сыном, братом и сестрой встречается нередко, однако она очень далека от полового контакта между ними. Инцест наблюдается крайне редко. Это объясняется не только моральным запретом, но и тем, что длительная совместная жизнь с раннего возраста и возникающая привычка к данному человеку препятствуют появлению к нему полового влечения, выбору его в качестве сексуального объекта. Это наглядно иллюстрируется, например, отношениями между детьми от разных браков, воспитывающимися в семье совместно. Наоборот, половое влечение может возникнуть даже к кровным родственникам, если они воспитывались врозь. Так, например, великий поэт Англии Байрон влюбился в свою сестру (единокровную) Августу Лей, которую видел, когда был мальчиком, и потом вновь увидел, будучи уже молодым человеком.

В литературе приводится несколько случаев инцеста с психически больными женщинами. Ни один достоверный случай половой жизни психически здорового сына с матерью нам не известен, и мы не встретили упоминаний о таких случаях в довольно обширной литературе, посвященной инцесту. Приводится лишь трагическая судьба сына Ninon de L'Enclos. Он воспитывался у своего отца маркиза Де Жерси в Англии. В возрасте 22 лет впервые

[1] Исключение составляет лишь древний Египет, где разрешались браки брата с сестрой и отца с дочерью.

во Франции познакомился со своей матерью и влюбился в нее, не зная, что это его мать. Во время страстного признания в любви и попытки овладеть ею он неожиданно узнал истину — она в ужасе оттолкнула его, воскликнув: «Я Ваша мать!». Молодой человек выскочил во двор, бросился на шпагу и скончался на руках у матери. Настолько силен моральный запрет половых отношений между сыном и матерью!

Этот запрет нашел свое отражение в древнегреческой легенде о царе Эдипе, убившем своего отца и женившемся на своей матери, не зная о том, что они его родители. Когда он узнал об этом, то в наказание ослепил себя.

По мнению Freud, у ребенка 3—5 лет пробуждается половое влечение и первоначально объектом его становится родитель противоположного пола. В дальнейшем ребенок узнает о недопустимости, запретности этого влечения, и оно подавляется, образуя аффективно заряженный комплекс (комплекс Эдипа). Нарушение процесса подавления или последующие переживания, усиливающие этот комплекс, могут, по мнению Freud, оказывать влияние на возникновение как неврозов, так и перверсий.

Половые отношения отца с дочерью встречаются значительно чаще, чем случаи инцеста между остальными членами семьи. Так, из 365 лиц, осужденных в 1965 г. в США за половые преступления и обследованных Gebhard с сотрудниками, 147 составляли отцы, привлеченные к ответственности за инцест, 56 из них вступили в сексуальные отношения с дочерьми моложе 12, чаще всего 9—10 лет. В половине случаев совершался половой акт, в остальных имели место орально-генитальные контакты. В 50% случаев инцест был совершен в состоянии алкогольного опьянения отца. Больше половины поддерживали отношения с дочерью от года до 4—6 лет. Большинство девочек относились к связи с отцом индифферентно или положительно, и лишь немногие — отрицательно. Среди начавших инцест с подростками 12—15 лет лишь 20% отцов впервые совершили его в состоянии алкогольного опьянения, в 85% случаев инцест не вызывал сопротивления подростка. Лишь в 15% случаев отцы прибегали к угрозам или насилию.

По нашим наблюдениям, сексуальную агрессию по отношению к дочери чаще всего проявляют деклассированные, психопатизированные субъекты, вернувшиеся в семью после многолетней разлуки. Они фактически не знали свою дочь, так как она воспитывалась в их отсутствии. В состоя-

нии алкогольного опьянения они совершали насилие над ней и в дальнейшем понуждали ее жить с ними половой жизнью, скрывая это от матери.

К нам на судебно-психиатрическую экспертизу был направлен Г., 38 лет, многократно судившийся за кражи. Он вернулся домой после 8-летнего тюремного заключения. Вскоре в состоянии алкогольного опьянения изнасиловал свою 10-летнюю дочь. В течение последующих 2 лет периодически понуждал ее к половым сношениям. Постепенно девочка стала относиться к этому индифферентно. Когда мать узнала о его поведении, она привлекла его к уголовной ответственности.

Многим детям и подросткам понятие инцеста недоступно, и они реагируют лишь на сам факт сексуальных отношений (боль и т. п.) и на то, что оскорбление нанесено им близким человеком.

В другом известном нам случае сексуальные отношения возникли между несколько инфантильным 40-летним слесарем, мнительным, неуверенным в своих половых способностях, и его 11-летней дочерью, интеллектуально слабо развитой. Девочка пожаловалась ему, что мальчики трогали ее половые органы. Этот рассказ пробудил у него половое влечение к дочери. Он сказал ей, что должен ей «все объяснить» и потребовал, чтобы она разделась и дала себя осмотреть. На протяжении последующих 2 лет 1—2 раза в неделю совершал с ней развратные действия, доставлявшие ей удовольствие, и когда ей исполнилось 13 лет, начал с ней половую жизнь. Узнавшая об этом жена привлекла его к уголовной ответственности.

У высокодифференцированных натур инцестуозные отношения могут являться источником тяжелой психической травматизации.

Так, больная В., историк 34 лет, обратилась по поводу навязчивого страха загрязнения. В процессе анамнеза выяснилось, что она обладает высокой половой возбудимостью. Когда ей было лет 8—9, отец как-то ласкал ее и целовал область гениталий. Это вызвало у нее сексуальное возбуждение. Она стала просить его еще погладить и поцеловать. Он сказал, что это нельзя, мама узнает и будет ругать, но однако сделал это. Далее эти отношения периодически повторялись. С 13 лет стала тайно жить с отцом половой жизнью, испытывала половое удовлетворение. Возникла сильная половая привязанность. Развилось чувство вины перед матерью и раскаяние. Несколько раз пыталась прервать отношения с отцом, но вновь их возобновляла. Когда больной было 18 лет, неожиданно скончалась мать. Переживала чувство раскаяния, появился навязчивый страх загрязнения. Отношения с отцом прервались, когда ей было 24 года, в связи с его смертью. Через 2 года после этого неудачно вышла замуж, родила ребенка. Навязчивые явления и чувство вины сохранились.

В данном случае психотравмирующие переживания, связанные с инцестом и возникшим конфликтом между чувством долга, этическими и нравственными представлениями, с одной стороны, и половым влечением — с другой, привели к возникновению невроза навязчивых состояний. Страх загрязнения символизировал «грязное», аморальное сексуальное поведение больной.

Зоофилией, или содомией[1] (по названию библейского города Содома), называют направленность полового влечения на животных. Половые контакты человека с животными нашли широкое отражение в мифологии и искусстве. В античном мире отношение к ним было терпимым. За римскими легионами даже гнали стада коз и овец для «половых нужд армии». Согласно же древним иудейским законам, половые контакты человека с животными карались смертной казнью. В эпоху средневековья уличенный в скотоложестве подлежал сожжению на костре инквизиции вместе с животным, с которым был совершен акт. В современном обществе зоофилия уголовно не наказуема, но осуждается по моральным соображениям.

Зоофилия встречается главным образом у дебильных или интеллектуально ограниченных подростков в сельской местности (чаще у пастухов). По Kinsey (США), когда-либо половые контакты с животными имели 17% сельских подростков и лишь 26 из почти 6000 опрошенных женщин (23 с собаками и 3 с кошками). При этом чаще всего животными совершался cunnilingus; в трех случаях был коитус с собакой. Нам известен один случай, когда женщина получала половое удовлетворение в результате стимуляции клитора, осуществлявшегося собакой.

Обычно у человека не возникает стойкого полового влечения к животному, и контакт прекращается при возможности получения нормального полового удовлетворения.

САДИЗМ И МАЗОХИЗМ

Под садизмом понимается получение полового удовольствия от жестокого обращения с партнером, под мазохизмом, наоборот — от страданий, которые причиняет партнер. Садист получает удовольствие, нанося болевые раздражения или подвергая мучениям, мазохист — получая их.

---

[1] Некоторые авторы термином «содомия» обозначают не только скотоложество, но и гомосексуализм.

Надо сказать, что причинение легкой боли на высоте полового возбуждения (например, укусы) нередко встречается у здоровых людей, однако при этом получение полового удовлетворения не связано с причинением страданий половому партнеру.

Термины «садизм» и «мазохизм» были предложены Krafft-Ebing и связаны с именами писателей — маркиза де Сад и Захер-Мазоха. Первый из них отбывал тюремное заключение в течение 27 лет за половые преступления, связанные с актами жестокости и насилия. Эти акты он описал в своих романах [1]. Второй — известный австрийский писатель — страдал мазохизмом и описал это состояние в романах. Eulenburg предложил называть садизм — активной, а мазохизм — пассивной альголагнией (от греческого «алгос» — мучение и «лагнея» — сладострастие). Разновидность альголагнии, при которой болевые раздражения наносятся ударами плети, получили название флагелантства (от лат. flagellans — бичующийся).

Мучения, которые садист причиняет своей жертве, могут вызываться как психическим воздействием (третирование, издевательства), так и физическим. В последнем случае обычно причиняются болевые раздражения, от легких до тяжелых, связанных с нанесением тяжких телесных повреждений. Причиняются они либо до, либо во время полового акта. При этом оргазм у садиста может наступить даже при одном виде мучений, испытываемых жертвой, чаще же возникает во время полового акта или вызывается путем мастурбации.

В старой литературе описываются садисты, испытывавшие половое удовольствие от нанесения женщинам уколов (подкалыватели), нанимавшие проституток, связывавшие их и стегавшие плетьми, учителя и воспитатели, жестоко обращавшиеся с детьми (поровшие их) с целью получения полового удовлетворения.

Садистические наклонности могут находить свое отражение не только в действиях, но и в фантазиях. Так, нами наблюдался инженер, который в возрасте 12 лет случайно увидел, как соседка спустила штанишки со своей 6-летней дочери и отшлепала ее по обнаженным ягодицам. Эта сцена вызвала у мальчика сильное половое возбуждение. С этого времени он стал заниматься онанизмом, представ-

[1] В последние годы жизни маркиз де Сад был переведен из тюрьмы в психиатрическую больницу, хотя признаков психоза не было обнаружено. Скончался в больнице в возрасте 74 лет.

ляя себе, что он кладет к себе на колени раздетую девочку, зажимает ее ноги между своими ногами, одной рукой держит ее голову (т. е. приводит ее в состояние полной беспомощности) и второй рукой бьет по ягодицам. Сам он по характеру робкий, застенчивый, неуверенный в своих силах. Женился в возрасте 24 лет. С женой жил нормальной половой жизнью и никаких садистических действий не совершал. Находясь вдали от жены в месячной командировке, несколько раз мастурбировал, представляя себе сцену порки девочки.

Садистическая фантазия возникла у него по механизму условнорефлекторной связи, как это описывалось в случае фетишизма. Закреплению ее могло содействовать изживание чувства собственной неполноценности — робости, застенчивости.

Важно отметить при этом одну особенность, характерную для садистов,— удовольствие от мучения жертвы, находящейся в беспомощном состоянии.

Некоторые авторы относят к проявлениям садизма и сладострастные убийства (Lustmord — по терминологии немецких авторов). Как крайнюю степень садизма рассматривают **некрофилию** — половое влечение к трупам, при котором половой акт (или акт мастурбации) совершается с убитой для этой цели жертвой. Однако некрофилия не всегда связана со сладострастным убийством. Она может быть и проявлением, родственным фетишизму. В этом случае она обнаруживается в виде влечения к сексуальным действиям с лицами, умершими естественной смертью. Некрофилия чаще всего встречается у психически больных.

У гетеросексуальных женщин явления садизма встречаются крайне редко, а сладострастные убийства и некрофилия не встречаются вовсе. Однако у активных гомосексуалисток, по наблюдениям А. М. Свядоща и Е. М. Деревинской, садистические тенденции выступают нередко. Так, наблюдавшаяся ими гомосексуалистка-трансвеститка в течение 3 лет поддерживала гомосексуальные отношения с женщиной. В половой жизни играла активную «мужскую» роль. Партнершу часто избивала, издевалась над ней, выгоняла раздетую на мороз. Видя ее страдания, впадала в состояние сильного полового возбуждения и тогда совершала с ней сексуальные действия. В данном случае явления садизма наблюдались у гомосексуалистки, у которой имелся ряд черт характера, обычно свойственных мужчине. Помимо этого, в ее внешнем облике обнаруживались

признаки маскулинизма. Таким образом, это наблюдение не противоречит тому, что женственным натурам явления садизма несвойственны.

Генез садизма может быть различен. В одних случаях в основе его лежит возникновение условнорефлекторных связей (фетишисты жестоких действий), в других, по всей вероятности, играет роль либо механизм растормопения древнего инстинкта половой агрессии, с чувством торжества над побежденным, либо, наоборот, чувство собственной неполноценности, изживаемое в стремлении к половому господству.

В отличие от садистических мазохистские установки более свойственны женщине, чем мужчине. Ряд авторов пытались объяснить это более пассивной ролью женщины при половой близости. Инстинкт половой отдачи, полового подчинения характерен именно для женщины. Биологически в более выгодных условиях с точки зрения продолжения рода были мужчины с выраженным инстинктом половой агрессии и женщины с инстинктом полового подчинения, половой отдачи себя.

В генезе мазохистских тенденций у женщины в одних случаях могут играть роль проявления инстинктов сексуального подчинения, сексуальной отдачи себя. Они связаны с переживанием чувства беспомощности, покорности, неспособности к сопротивлению. В этих случаях среди мазохистских переживаний на передний план выступает влечение быть в состоянии беспомощности (некоторые мазохистки испытывают удовлетворение, если их связывают), полной покорности и как выражение этого — быть третированной, униженной объектом любви. Отсюда желание, чтобы объект любви оскорблял, бил, заставлял валяться у его ног.

В других случаях грубое обращение, третирование, побои связаны с представлением о мужской силе, мужественности, властности, в связи с чем получают положительную окраску и ведут к мазохистским тенденциям. Так, одна наша больная неврозом мечтала о властном, грубом, сильном мужчине, который, разгневавшись, ударял бы, бросал ее на ковер. Она при этом обнимала бы его колени, валялась у него в ногах... Муж ее был физически слабым, покорным, страдал импотенцией.

Чувство боли иногда может иррадиировать, вызывая половое возбуждение и сладострастные переживания. При этом боль не должна быть слишком сильной. Мы знали

девочку 5 лет, которой шлепки, особенно по ягодицам, доставляли чувство удовольствия. Родители, заметив это, отказались от этой формы наказания. Элементы сладострастия, связанные с болью, отчетливо выступают и у некоторых религиозных флагеллянтов. Старые авторы приводят наблюдения над мужчинами, у которых эрекция возникала и они становились способными к половой жизни лишь тогда, когда им наносили достаточно сильные болевые раздражения.

В основе мазохизма может также лежать и возникновение условнорефлекторной связи между чувством боли и сильным половым возбуждением (фетишисты боли). Это отчетливо выступает в самонаблюдении французского философа Жана Жака Руссо. В своей «Исповеди» он рассказывает о том, что 8-летним мальчиком в пансионате был влюблен в одну из воспитательниц — 30-летнюю мадмуазель Ламберье. Ее огорчения, когда он не мог сразу ответить на вопрос, и ее угрозы наказать его розгами, если он не будет хорошо заниматься, вызывали у него чувство удовольствия. Однажды она собственноручно наказала его. Он ощутил наряду с болью и стыдом сладострастное ощущение, вызвавшее у него неудержимое желание подвергнуться новому наказанию. Вскоре он вновь был наказан ею розгами. Однако она, видимо, заметила своеобразный эффект наказания и удалила его от себя. С этого времени у него появилось влечение подвергнуться бичеванию со стороны женщины, которая ему нравилась, а также влечение быть униженным женщиной. «Валяться в ногах женщины-повелительницы, выполнять ее прихоти, умолять ее о прощении было для меня высшим наслаждением» [1]. В данном случае в возникновении влечения к переживанию боли (альголагнии) отчетливо выступает механизм зафиксировавшейся условнорефлекторной связи между болью и чувством сладострастия.

Явления мазохизма нередко сочетаются с явлениями садизма (садо-мазохизм). Так, одна наша больная то мысленно представляла, что сечет по голым ягодицам мальчика (в детстве вид этой сцены вызвал у нее сильное половое возбуждение), то — что ее сечет мужчина. При этом она одно время жила нормальной половой жизнью, лишь изредка предаваясь садо-мазохистским фантазиям.

---

[1] Rousseau J. J. Confession. Ч. II, кн. I.

Глава VI

ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ПОЛОВОЙ ФУНКЦИИ

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

При лечении нарушений половой сферы важно установить контакт с больными, создать атмосферу искренности и доверия, позволяющую выявить и обсудить наиболее интимные стороны человеческих отношений.

Лечение будет различным в зависимости от причины, вызвавшей заболевание, и от проявлений самой болезни. Так, например, при психогенной фригидности основным методом обычно является психотерапия, при фригидности, вызванной эндокринными нарушениями,— гормональная терапия. По-разному будет строиться и сама психотерапия в случае фобического вагинизма и истерической аноргазмии, хотя оба состояния вызваны психическими факторами.

От врача, занимающегося терапией сексуальных нарушений, помимо глубоких специальных знаний, требуется большое чувство такта, наличие жизненного опыта, умение установить контакт с больными, вызвать их расположение и доверие.

Отношения, складывающиеся между больными и врачом, во многих случаях имеют огромное значение для успеха лечения. Чем врач авторитетнее, чем большим он обладает искусством выслушивать больного, расположить его к себе, понять его переживания и оказать на него логическое и эмоциональное воздействие, тем скорее будет достигнут успех. Половая функция — это функция психосексуальная, поэтому даже в тех случаях, когда основным методом лечения являются фармакологические средства, воздействие на психику больного имеет очень большое значение.

На половую функцию человека оказывают влияние этические и нравственные представления, а также особенности личности заболевшего. Они должны учитываться при выборе лечебных мероприятий.

ЛЕЧЕНИЕ АНОРГАЗМИИ И ПОЛОВОЙ ХОЛОДНОСТИ

При лечении аноргазмии в первую очередь выясняется, имеется ли болезненное нарушение половой функции или оба супруга в половом отношении здоровы, однако жена не получает полового удовлетворения из-за дисгамии. В последнем случае очень важно выявить не только духовные отношения между супругами, но и интимные подробности половой жизни, которые могут играть роль в возникновении дисгармонии, и дать советы, направленные на ее преодоление. Эти советы даются с учетом индивидуальных особенностей как мужа, так и жены, в частности с учетом типа половой возбудимости женщины и «диапазона приемлемости» форм полового контакта для каждого из супругов.

Если муж заканчивает половой акт раньше жены и она остается неудовлетворенной, можно сообщить приведенные в клинической части данные о возможных причинах этого, в частности подчеркнуть, что часто женщины начинают половой акт менее возбужденными, чем мужчины, и нуждаются в предварительной подготовке. Далее пытаются, если требуется, расширить «диапазон приемлемости» этой подготовки. Говорят о том, что если супруги любят друг друга, то в любви дозволено все, что может привести к половой гармонии. Могут быть приведены данные литературы о различных применяемых методах подготовки. Можно указать, что многие женщины до начала половой близости нуждаются в ласках всего тела, затем ласках, обеспечивающих ритмичные раздражения области клитора и малых губ, и лишь после этого они готовы к половому акту. Такая подготовка особенно существенна для женщин с генерализованным и клиторическим типом половой возбудимости. При других типах половой возбудимости прикосновение к клитору может оказаться индифферентным или даже неприятным.

Оптимальная длительность подготовки зависит от индивидуальных особенностей женщины. Для одних женщин это десятки секунд, для других — минуты (обычно не дольше 10—15). Многие женщины дают мужчине понять, когда они чувствуют себя уже достаточно подготовленными к тому, чтобы от ласк перейти к половому акту. Чрезмерное затягивание подготовки может вести к потере половой чувствительности. Следует учесть, что некоторые легко возбудимые мужчины не могут себе позволить сколько-ни-

будь длительно ласкать женщину перед половой близостью, так как это возбуждает их больше, чем женщину, в связи с чем они становятся неспособными к достаточно длительному совершению полового акта.

Половой акт является нормальным независимо от того, как длительно или в какой форме была проведена подготовка к нему, а также какую степень полового возбуждения она успела вызвать. Ласки, предшествующие его началу, ведут не только к усилению психоэротической настроенности женщины, но и к увлажнению ее половых органов, а также, при возникновении сильного полового возбуждения, к появлению оргастической манжетки, т. е. к сужению наружной трети влагалища. Благодаря этому как мужчина, так и женщина острее ощущают контакт во время фрикций.

Для достижения оргазма во время половой близости может иметь значение выбор оптимальной позы полового сближения. При различных позах оказывается неодинаковое воздействие на эрогенные зоны женщины, поэтому иногда женщина, не испытывающая полового удовлетворения при применении одних поз, начнет его испытывать при применении других.

В европейских странах наиболее распространено положение, при котором женщина лежит на спине лицом к партнеру, мужчина находится сверху. Это позволяет видеть лицо друг друга, что облегчает духовный контакт. Кроме того, открывается широкая возможность для взаимной ласки. В этой позе ноги женщины могут быть как согнуты в коленях и подтянуты к грудной клетке, так и вытянуты. Первая поза особенно показана, если женщине приятно глубокое проникновение полового органа и давление на область лобка, оказываемое телом партнера. Поза эта благоприятствует зачатию, особенно если под таз женщины предварительно подкладывается подушечка и женщина после полового акта остается лежать на спине 10—15 минут с подтянутыми к груди коленями. Этого положения рекомендуется избегать, если глубокое проникновение полового органа болезненно или если оно не желательно в связи с беременностью и послеродовым периодом. При очень резком сгибании ног в тазо-бедренных суставах и приподнимании таза можно достигнуть сильного давления мужским половым органом и на наружную треть передней стенки влагалища.

При вытянутых ногах женщины в большей мере раздражается область клитора, хотя он при этом и не приходит в непосредственное соприкосновение с мужским половым органов. Женщине, у которой эта область очень чувствительна, а глубокие отделы, наоборот, мало чувствительны, поза с вытянутыми ногами может быть приятнее. Для большего контакта клитора с мужским половым органом во время полового акта женщине можно рекомендовать пальцами руки слегка нажать сверху вниз на область лобка с тем, чтобы сместить клитор вниз. В этой позе мужской половой

орган легче удерживается во влагалище, в связи с чем она показана также при неполной эрекции у мужчины.

Позы, при которых женщина находится сверху мужчины, позволяют ей самой регулировать глубину проникновения мужского полового органа во влагалище и ритм фрикций. При чрезмерной полноте мужчины, затрудняющей половое сближение, а также во время беременности у женщины и в послеродовом периоде эти позы могут быть показаны.

Позы на боку облегчают мужчине контроль за скоростью наступления эякуляции, дают возможность женщине более свободно и активно участвовать в половом акте, обеспечивают в большей мере, чем предыдущие позы, контакт мужского полового органа с клитором.

На Востоке широко применяются позы, при которых мужчина находится сзади женщины. При задних и боковых позах в большей мере, чем при передних позах, оказывается давление на заднюю и боковые стенки влагалища, что ведет к значительному ускорению наступления оргазма у женщин, у которых эти зоны чувствительны. Возможны также другие позы.

При ретрофлексии или ретроверзии матки при положении женщины на спине зачатие может оказаться затрудненным. В этих случаях, если женщина желает забеременеть, рекомендуется колено-локтевая поза, при которой мужчина находится сзади. После эякуляции женщине советуют еще несколько минут оставаться в этой позе.

При наличии несоответствия между временем окончания полового акта мужчиной и женщиной мужчине может быть рекомендовано совершать половой акт не непрерывно, а с паузами — приостанавливая движения, когда половое возбуждение его чрезмерно возрастает. Во время пауз он может делать лишь ритмические движения туловищем, оказывая им давление на лобковую область женщины (ограничив движение своим половым органом). Первую, небольшую, паузу следует сделать сразу после введения полового члена во влагалище. В это время на область клитора и малых губ женщины следует положить руку и далее, на протяжении всего полового акта, оказывать пальцами более или менее интенсивное, но не грубое, ритмичное давление или легкое тактильное раздражение этой области в ритме фрикций. Оно суммируется с раздражением гениталий женщины мужским половым органом и ведет к ускорению наступления у нее оргазма. Пальцы желательно предварительно слегка увлажнить жиром или влагалищной смазкой, так как прикосновение сухой кожи к нежным половым органам может оказаться болезненным. Дополнительное раздражение области клитора не только в подготовительном периоде, но и во время полового акта особенно важно для женщин с клиторическим типом поло-

вой возбудимости. Без этого оргазм у них может не наступить. Однако оно может быть индифферентным или даже неприятным при ареактивном и вагинальном типе половой возбудимости, а также при вагинально-клиторическом типе возбудимости тех женщин, у которых стимуляция влагалища выключает эротическую чувствительность области клитора. Неприятным оно может быть также при стимуляции, не соответствующей индивидуальной потребности данной женщины (например, слишком для нее грубой), или при наличии отрицательной психологической установки к такой стимуляции.

Если женщина весьма сдержанна в своих сексуальных проявлениях, мужчина не всегда чувствует, насколько велико ее половое возбуждение во время половой близости и скоро ли у нее может наступить оргазм (в отличие от этого большинство женщин чувствуют приближение оргазма у мужчины). Иногда мужчине бывает трудно судить о том, какой ритм и амплитуда фрикций для женщины в тот или иной период половой близости являются оптимальными. В таких случаях иногда рекомендуют женщине взять на себя инициативу регуляции полового акта и дать понять мужу, что от него требуется. Положить, например, руку на его талию и легкими движениями регулировать его активность, то тормозить ее, если возбуждение мужа слишком возросло, а женщина еще мало возбуждена, то легким движением руки придать желательный темп фрикций, дав понять мужу, что теперь ему не следует себя сдерживать. Она также может направить руку мужа на наиболее чувствительные эрогенные зоны и придать тот темп и интенсивность движения его руке, которые наиболее приятны.

Иногда, у очень темпераментных женщин, еще до наступления оргазма — в «плато-фазе» — возникают столь бурные внешние проявления полового возбуждения, что мужчина принимает их за признаки наступления оргазма, перестает себя сдерживать и стремится также поскорее вызвать у себя эякуляцию. В результате женщина остается в состоянии сильного полового возбуждения, неудовлетворенной.

При сухости половых органов женщины, помимо более длительной подготовки ее предварительными ласками, рекомендуется одному из супругов слегка смазать свои половые органы жиром с тем, чтобы женщине не было больно в начале полового акта, а также чтобы уменьшить силу

трения, так как иначе это может привести к слишком быстрому наступлению эякуляции у мужчины. Это же рекомендуется и молодоженам при возникновении трудности дефлорации.

Для того чтобы мужчина стал способен к более длительному совершению полового акта, могут быть рекомендованы и средства, обычно применяемые при лечении преждевременной эякуляции, например смазывание головки полового члена за 15—20 минут до полового акта мазью в составе совкаина (0,5—1 г), вазелина (10 г), применение презерватива, хлорэтиловые блокады по Г. С. Васильченко и т. п.

Следует заметить, что даже резкое расхождение между временем наступления оргазма у мужчины и женщины преодолимо при доброй воле с обеих сторон, взаимной искренности и терпении. Возможность адаптации в этом отношении очень велика. Не случайно некоторые женщины, может быть, немного утрируя, говорят, что нет такого мужчины, который не смог бы их удовлетворить.

Для установления причины половой дисгармонии обычно недостаточно ограничиться обследованием женщины. После выяснения особенностей ее темперамента, ее эрогенных зон, индивидуальных потребностей полезно вызвать мужа пациентки и, установив с ним контакт, в мягкой, деликатной форме дать ему советы в отношении полового поведения.

В процессе беседы с мужем желательно подчеркнуть важность предварительной психоэротической настроенности на половое сближение для возникновения полового удовлетворения. Эта настроенность может создаваться как на протяжении всего дня в процессе духовного общения супругов, так и особенно вечером, в период, предшествующий половому сближению. Психоэротическая настроенность может оказывать большое влияние на уровень половой возбудимости и интенсивность переживания оргазма.

В тех случаях, когда причиной дисгармонии является прерванное половое сношение, рекомендуется отказаться от этого «метода» и заменить его другими способами предохранения от беременности.

Наши наблюдения, сделанные в Ленинграде в Консультации по вопросам семейной жизни, показывают, что частой причиной половой дисгармонии супругов является поразительная неосведомленность их в вопросах половой

жизни. Одной из причин затруднения у неопытного новобрачного является неправильное представление о топографии женских половых органов, помощь новобрачной своему мужу в этом отношении может оказаться незаменимой. Изредка одной из причин затруднения является недостаточная обнаженность женщины перед началом полового акта, затрудняющая иммиссию.

При лечении фригидности применимо все то, о чем говорилось при рассмотрении путей ликвидации дисгамии. Выясняются причины фригидности и применяются меры, направленные на ее устранение. Так, при симптоматической фригидности лечение сводится в основном к лечению породившего ее основного заболевания. Им может быть интоксикация наркотиками, циклофрения, алиментарная дистрофия, неврастения, фатигация, нарушения мускулатуры тазового дна и дилятация влагалища, возникшие после родов, и т. п. Поскольку усталость и озабоченность являются самыми частыми причинами, вызывающими угнетение полового чувства даже у самых темпераментных женщин, при лечении фригидности очень важно обеспечить женщине нормальный режим труда и отдыха, избавить ее от недосыпания, переутомления, эмоциональной напряженности, добиться общего укрепления организма. Весьма желательно предоставить возможность достаточной мышечной деятельности (ходьба, спорт).

Таким женщинам показана диета, богатая белками (мясо, рыба) и витаминами, особенно витамином Е (яйца, икра). Красный перец, кардамон, мускатный орех, корица, сельдерей старыми авторами рекомендовались в качестве веществ, повышающих половую возбудимость. Влияние алкоголя на половую функцию женщины весьма индивидуально. У одних он тормозит половое влечение, у других — растормаживает, ослабляя психические задержки. Последний эффект чаще вызывают умеренные дозы сухих вин. Мы не сторонники назначения алкоголя с лечебной целью.

При всех формах фригидности большое значение имеет психотерапия. Она направляется на изменение отношения больной к половой жизни, расширение «диапазона приемлемости» различных форм полового контакта. Врач обращает внимание больной на то, что важно хотя бы один раз пережить оргазм, будь то во время полового акта или во время предшествующей ему стимуляции эрогенных зон. В результате этого как бы проторяется путь, ведущий

к наступлению оргазма, облегчается возникновение «оргастического рефлекса». Кроме того, это поможет женщине лучше узнать свою индивидуальную потребность в воздействиях, приводящих к половому удовлетворению. Между прочим, может быть указано, что женщины, пережившие впервые оргазм во время самовозбуждения, в дальнейшем нередко начинали испытывать его и при половой жизни.

Там, где в основе задержки полового чувства большую роль играет торможение его вследствие неправильного воспитания, психотерапия направляется на снятие этой задержки.

При психогенной, а также ретардационной и даже конституциональной фригидности могут быть рекомендованы такие методы психотерапии, как гипнотическое внушение и аутогенная тренировка. Они способны снять психическую задержку, препятствующую наступлению оргазма, усилить психоэротическую настроенность, предшествующую половому акту, повлиять на нейро-эндокринные процессы и функциональное состояние корковых и подкорковых половых центров, воздействовать на периферические отделы полового аппарата и на сосудистую иннервацию половых органов.

Влияние гипнотического внушения на общий уровень половой возбудимости отчетливо выступает в следующем наблюдении.

В., 26 лет, жительница Львова, находясь в Ленинграде, обратилась к нам с жалобами на фригидность. Замужем 4 года, имеет сына 2 лет. Отношения с мужем хорошие. В прошлом никогда ни в кого не влюблялась, влечение к нежности и ласке имелось, а к половой близости не возникало. Половая способность у мужа нормальная. Муж пробовал проводить различные виды эротической подготовки, менять позы при половой близости, однако это не привело к успеху.

Половой акт чаще всего безразличен, реже слегка приятен. Дважды в жизни возникали эротические сновидения, во время которых испытывала легкое половое возбуждение. Тип половой возбудимости у больной генерализованный.

Проведено три сеанса гипноза. Гипнотический сон II степени по Форелю вызван методом фасцинации в сочетании с вербальным воздействием. Внушалось: «По приезде домой будете любить своего мужа. Близость мужа вызовет чувство подъема. Половой акт будет приятен. Наступит разрядка. Муж станет для вас самым дорогим человеком».

В дальнейшем больная сообщила, что, вернувшись домой, с волнением ждала «встречи» и в первую же ночь «получила такое удовольствие, что думала, что схожу с ума, не могла сдержаться от громких стонов... Муж стал мне дорог!».

В данном случае, видимо, имелась зафиксировавшаяся ретардационная фригидность. Гипнотическим внушением удалось повысить половую возбудимость («с волнением ждала встречи»), благодаря чему оказалось возможным переживание оргазма. Иначе говоря, психическим воздействием можно оказать глубокое влияние на нейро-эндокринную регуляцию половой функции. К началу лечения гипнозом, по всей вероятности, уже имелась известная готовность нейро-эндокринной системы, уже имелся определенный уровень половой возбудимости. В пользу этого говорят эротические сновидения, а также то, что молодая женщина по своей инициативе обратилась за помощью по поводу фригидности. Наличие этой готовности во многом способствовало успеху гипнотерапии.

Надо сказать, что гипнотическое внушение дает положительный эффект далеко не всегда. Чаще всего он наблюдается при психогенной фригидности. Характерно следующее наблюдение.

Больная Р., 32 лет, в течение 3 лет безуспешно лечилась «от невроза сердца, болей в животе, крестце, общей слабости, раздражительности». Врачи «ничего не находили», но ей, по ее словам, легче не становилось.

Рассказала, что девушкой была влюблена в молодого человека, но мать заставила выйти замуж за другого — нынешнего мужа. Живет с ним 8 лет. Родила 2 детей. Семейной жизнью была не удовлетворена, но решила сохранить брак ради детей. Половой акт всегда неприятен, ласки мужа вызывают чувство раздражения. Его попытки стимулировать область клитора к возникновению полового возбуждения не вели. Оргазма никогда не испытывала. От половой близости всячески уклонялась, говорила, что устала, что болит голова, что пришли месячные или что они затянулись; иногда притворялась спящей. На следующий день после половой близости чувствовала себя усталой, разбитой, испытывала боли внизу живота.

При обследовании у больной обнаружен выраженный клиторический тип половой возбудимости, анестезия всех отделов влагалища. В гипнотическом сне больной внушено, что теперь она станет настоящей женщиной. Половой акт будет приятен! Далее указано, что муж перед половым актом положит руку на ее половые органы и это будет очень приятно. Во время акта будет испытывать все более и более сильное возбуждение и наступит оргазм. Мужа будет очень любить... Мужу предложено после общих ласк тела перейти к стимуляции рукой области клитора и проводить ее не только перед, но и во время полового акта.

После первых двух сеансов половая близость впервые стала приятна, возникало половое возбуждение. После третьего сеанса половой акт закончился переживанием сильного оргазма. При половой жизни с мужем стала испытывать удовлетворение. Неприятные ощущения в области сердца, низа живота, крестца про-

шли. Появилось чувство легкости, бодрости. Муж стал дорог, отношения в семье наладились.

В данном случае психогенную фригидность удалось устранить гипнозом. В связи с выраженным клиторическим типом половой возбудимости потребовалось рекомендовать дополнительную стимуляцию области клитора во время полового акта, без чего устранить фригидность, вероятно, было бы невозможно. Имевшаяся до лечения отрицательная установка к половой жизни с мужем привела, по всей вероятности, к тому, что попытки стимуляции эрогенных зон с его стороны были безуспешными и не вызывали полового возбуждения. С нормализацией половой жизни излечилась от явлений «невроза сердца» и невротических проявлений, являвшихся по существу следствием ситуации, вызванной половой неудовлетворенностью.

Надо сказать, что одной из наиболее частых причин возникновения у женщин различных «функциональных нарушений деятельности внутренних органов», в частности «невроза сердца», «болей во всем теле», «общей слабости» и т. п., при которых не находят каких-либо изменений со стороны соматических органов, объясняющих эти нарушения, является половая дисгармония. Устранение ее ведет и к устранению невротических проявлений. Врачу при обследовании больных с функциональными нарушениями внутренних органов следует во всех случаях выяснять интимную сторону половой жизни и обращать внимание больной на важность ее нормализации.

При лечении фригидности аутогенной тренировкой[1] после овладения первыми двумя стандартными упражнениями (вызывание чувства тяжести и тепла) мы советуем женщине внушать себе желание и приятность половой близости, ощущение тепла в половых органах, а также обострение чувствительности половых органов, в частности к фрикциям.

У некоторых женщин наступление оргазма возможно лишь, если они во время половой близости ни о чем не думают и не наблюдают за поведением партнера. Чрезмер-

---

[1] Аутогенная тренировка — метод самовнушения, предложенный И. Шульцем. Техника тренировки описана в следующих книгах: J. H. Schultz. Das Autogene Training. XII Aufl., Stuttgart, 1966; А. М. Свядощ, А. С. Ромен. Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике. Техника самовнушения. Караганда, 1966; А. М. Свядощ. Неврозы и их лечение. М., 1971, с. 323—341.

ная фиксация внимания на половом акте и возникающих ощущениях, а также тревожное ожидание наступления оргазма могут затормозить его приход. Выработка способности ни о чем не думать в это время, как мы не думаем о сне, когда хотим, чтобы он наступил, может привести к излечению. В особо упорных случаях может помочь овладение техникой аутогенной тренировки (вызывание состояния покоя, мышечного расслабления и тепла без каких-либо добавочных специальных самовнушений), а также внушение наяву или в гипнотическом сне, направленное на устранение тревожного ожидания («Вы спокойны... Все будет хорошо... Все произойдет само собой»).

При лечении фригидности много ценного может дать психоэротическая тренировка, проводимая семейной парой. Она может вести к повышению психоэротической возбудимости женщины. Для того чтобы она была целенаправленной, желательно, чтобы врач во время гинекологического осмотра выявил эрогенные зоны женщины, а затем во время беседы с ней указал на желательность стимуляции этих эрогенных зон с мужем во время ласк с тем, чтобы у нее постепенно все более и более нарастало половое возбуждение. Затем во время личной беседы с мужем врач в деликатной форме советует ему перед половым актом стимулировать соответствующие эрогенные зоны. Жену желательно не предупреждать о том, что мужу будут даны какие-либо инструкции по этому поводу, так как это может создать у нее ощущение нарочитости. Лучше, если у жены создастся впечатление, что муж сам «дошел до этого». Кроме того, при фригидности женщине могут быть рекомендованы горячие ванны, в частности области таза, во время которых возможна стимуляция эрогенных зон самой больной. К постепенному нарастанию психоэротической возбудимости может вести и гинекологический массаж, при котором вызывается стимуляция эрогенных зон. С этой целью может быть применен и вибромассаж входа во влагалище у тех женщин, у которых эта область является эрогенной зоной. Ни в коем случае не следует доводить с помощью массажа женщину до оргазма, так как это может таить в себе угрозу возникновения влечения к этой процедуре. На курс лечения обычно достаточно 3—5 сеансов. Массаж усиливает общую психоэротическую возбудимость женщины, убеждает ее в том, что она «не холодна» — способна к психоэротическим ощущениям, позволяет лучше понять, в каком виде половой стимуля-

ции она нуждается, и облегчает достижение оргазма при половой близости.

Медикаментозное лечение фригидности носит главным образом вспомогательный характер и проводится в комплексе с другими мероприятиями. Не существует лекарства, которое само по себе могло бы вызвать длительное, стойкое повышение половой возбудимости у женщины и превратить женщину фригидную в женщину не фригидную. Поскольку при лечении всех форм фригидности очень важно добиться, чтобы женщина хоть раз пережила оргазм, показаны средства, которые хотя бы временно повышают половую возбудимость женщины. При этом надо учесть, что на эту возбудимость всегда огромное влияние оказывают и факторы психические; они могут как усиливать, так и тормозить ее. В качестве общестимулирующих средств применяют те же вещества, которые назначаются и для стимуляции половой активности мужчины. Сюда относятся настойка корня женьшеня (T-rae Gisengi) по 15—25 капель 3 раза за 1—2 часа до еды, а также близкий по действию к женьшеню экстракт элеутерококка (Extr. Eleutherococci fluidum) по 25 капель 3 раза в день за полчаса до еды; вытяжка из рогов пятнистого оленя — пантокрин (Pantocrini) по 30—40 капель 3 раза в день за полчаса до еды или Sol. Pantocrini in amp. по 1 мл подкожно ежедневно. Вещества эти могут применяться независимо от менструального цикла в течение 20—30 дней и дольше.

Для стимуляции рефлекторной деятельности спинномозговых центров, а также обострения чувствительности рецепторов, в частности тактильной чувствительности, с успехом может быть назначен стрихнин и близко стоящий к нему по действию секуринин (стрихнин по 0,001 г или секуринин по 0,0002 г 2—3 раза в день).

Для лечения фригидности широко применялись женские и мужские половые гормоны. Однако в последние годы отношение к ним стало более сдержанным, так как они могут нарушать гормональное равновесие организма и, возможно, повышать готовность последнего к различным тканевым пролиферациям.

Женщины с фригидностью нормально беременеют, рожают, менструируют, что говорит о достаточной продукции у них эстрогенов. Как указывалось, половое чувство у них может оставаться сохранным даже при далеко зашедшей менопаузе, когда эстрогены вырабатываются в незначи-

тельном количестве, при удалении яичников у женщины детородного возраста, а также при выраженном гипогонадизме. С другой стороны, назначение эстрогенов больным после мастэктомии, а также больным климактерическим неврозом не ведет к повышению у них полового влечения. Все это дает основание многим авторам полагать, что лечение фригидности женскими половыми гормонами нецелесообразно, неэффективно. Тем не менее мы присоединяемся к мнению тех, кто полагает, что женские половые гормоны могут играть роль в поддержании полового чувства у женщины, и считаем возможным применять их не длительно (до одного месяца), причем лишь в тех случаях, в которых при фригидности обнаруживаются явления гипооваризма.

Может быть рекомендован 0,1% раствор эстрадиолдипропионата по 1 мл (1 мг 20 000 МЕ) через каждые 3-и сутки во время первой половины цикла (5 инъекций) или фолликулин — 1 мл 0,1% раствора через день (7—8 инъекций), или синэстрол — 0,1% раствор или таблетки, октестрол или стильбэстрол по 1 мг 2 раза в день в первую половину цикла.

Мужские половые гормоны (андрогены), как указывалось, усиливают как половое влечение у женщины, так и способность ее к переживанию оргазма. Механизм этого действия недостаточно ясен. Возможно, что гормоны эти повышают возбудимость половых центров в коре и подкорковых областях (лимбической системе). Следует помнить, что превышение доз этих препаратов может привести к гипертрофии клитора. Гормоны эти как повышающие половое влечение показаны при ретардационной и конституциональной фригидности, а также фригидности, связанной с уменьшением количества этих гормонов в крови. Показано их назначение фригидным женщинам с хорошо развитыми вторичными половыми признаками, очень женственным, с нежной кожей, у которых можно предположить «избыток» женских и «недостаток» мужских половых гормонов.

Некоторые авторы рекомендуют назначать тестостерон (во избежание передозировки) в дозе не более 70 мг в неделю и применять его не дольше 4 недель (А. А. Габелов). Другие считают возможным кратковременное назначение его до 300 мг в неделю. Мы предлагаем назначение метилтестостерона в дозе 0,005 мг 2—3 раза в день под язык в течение одного цикла, начиная с первого дня

6*

после окончания месячных и до наступления следующих месячных, или 5 раз в день в течение 4—6 дней. Может быть также применен тестостерон-пропионат 50 мг внутримышечно через день — всего 4 раза (Sol. Testosteroni propionici oleosae 5% — 1 ml).

Андрогены подлежат немедленной отмене в случае появления маслянистости лица, охриплости голоса, растительности на лице, усилившегося выпадения волос, а также возрастания веса тела, изменения состава крови (необычного увеличения количества гемоглобина и числа эритроцитов), нарушения менструального цикла. Длительная передозировка может вызвать эритему лица, аменорею, атрофические изменения слизистой оболочки влагалища и обострение латентно протекающего трихомонадного кольпита.

Мужские половые гормоны противопоказаны женщинам, имеющим малейшие признаки вирилизма (растительность на лице по мужскому типу в сочетании с мужским сложением и мужским тембром голоса).

При ретардационной и конституциональной фригидности могут быть также применены гормональные препараты, содержащие одновременно как женские, так и мужские половые гормоны. Сюда относятся венгерский препарат амбосекс (Ambosex), содержащий в 1 мл 5 мг эстрадиола и 100 мг тестостерона. Вводят 1 ампулу (1 мл) в масляном растворе глубоко внутримышечно раз в месяц, всего на курс 1—2 инъекции. Сочетание мужских и женских половых гормонов может быть дано также в порошках, содержащих 0,005 г метилтестостерона, 0,0002 г синестрола, 0,3 г глюконата кальция. Принимают их по одному порошку 3 раза в день в течение первой половины менструального цикла.

Физиотерапевтическое лечение в основном сводится к назначению процедур, вызывающих гиперемию половых органов и тем самым способствующих эротизации. Сюда относятся горячие влагалищные души (температура 42—45°) или орошение минеральными водами, особенно нарзаном, нарзанные ванны, горячие тазовые ванны, грязелечение («трусики» + влагалищные тампоны), а также диатермия органов (диатермия вагинальная 12 сеансов по 20 минут ежедневно в первые 12 дней после окончания менструаций), фарадизация наружных половых органов — 12 сеансов через день. Увеличение матки является абсолютным противопоказанием к назначению тепловых про-

цедур. При назначении местных процедур следует считаться с чувством стыдливости женщин, особенно никогда не лечившихся у гинеколога. Отрицательная установка их к процедурам может свести на нет лечебный эффект. Физиотерапевтические процедуры играют лишь второстепенную роль при лечении и могут назначаться в комплексе с другими мероприятиями.

Об эффективности терапии фригидности можно судить по усилению полового влечения у женщины, появлению эротических сновидений и, главное, по возникновению у нее оргазма во время полового акта или при стимуляции эрогенных зон вне его. Много ценного может дать периодическое исследование реактивности эрогенных зон. Иногда возникает ситуация, при которой женщина вылечилась от фригидности, т. е. стала способной испытывать оргазм, однако не испытывает его лишь потому, что не обеспечивается достаточная адекватная стимуляция эрогенных зон. В результате она продолжает считать себя фригидной. Так, одна наша больная с психогенной фригидностью при первом исследовании обнаружила полную анестезию как наружных, так и внутренних половых органов. После проведенной терапии отметила, что стала более напряженной, раздраженной при половой близости с мужем, но что оргазма по-прежнему никогда не испытывала. Повторное обследование показало, что у нее появилась выраженная эротическая чувствительность в области клитора. Было рекомендовано мужу стимулировать эту зону при половой близости, после чего больная стала испытывать оргазм. Стимуляция этой области мужем, проводившаяся до лечения, положительных результатов не давала. Таким образом, у больной после излечения от фригидности обнаружились явления дисгамии, которые и были устранены. В другом случае по устранении фригидности оргазм стал наступать при интенсивном ритмичном давлении на наружную верхнюю треть влагалища.

По нашим наблюдениям, дисгамию удается устранить в 85% и фригидность в 48% случаев.

ЛЕЧЕНИЕ НИМФОМАНИИ

Нимфомания является синдромом, который может быть вызван различными заболеваниями. Соответственно и лечение ее будет различным в зависимости от того, вызвана

ли она, например, опухолью коры надпочечников, энцефалитом, циклофренией или остаточными явлениями после нарушения мозгового кровообращения.

В качестве симптоматического средства, снижающего силу полового влечения, могут быть рекомендованы нейролептики — аминазин в дозе 50—100, реже 150 мг в сутки (принимается внутрь после еды) или тиоридазин (меллерил, сонапакс) в аналогичных дозах. Аминазин противопоказан при поражениях печени и почек, выраженной гипотонии и гипертонической болезни III степени, язве желудка и двенадцатиперстной кишки, а также тромбоэмболической болезни. Дозы свыше 100 мг часто нарушают трудоспособность вследствие психомоторной заторможенности. Из побочных эффектов тиоридазина отмечается сонливость, адинамия, снижение артериального давления, иногда тахикардия, нарушения аккомодации. Оба нейролептика могут давать аллергические реакции, а также повышенную чувствительность кожи к действию солнечных лучей (следует избегать их прямого действия на кожу).

В случаях нимфомании монобромистая камфора обычно не эффективна. Мужские половые гормоны противопоказаны, так как усиливают половое влечение. Кастрация (больные иногда настаивают на ее проведении) недопустима, так как ведет к тяжелым гормональным нарушениям и, кроме того, малоэффективна.

ЛЕЧЕНИЕ ВАГИНИЗМА И ГЕНИТОАЛЬГИИ

Лечение вагинизма имеет свою специфику в зависимости от формы заболевания. Так, при неврастеническом вагинизме целесообразно в первую очередь добиться снижения общей нервно-психической возбудимости, устранить явления неврастении (отдых, покой, препараты брома, валерианы, витамины, транквилизаторы — андаксин, триоксазин, седуксен, элениум и др.). Показано санаторно-курортное лечение. Желательно овладение методом аутогенной тренировки и проведение самовнушений, направленных на устранение чувства тревоги, расслабление мышц влагалища, а также самовнушение безболезненности полового акта, ощущения тепла в области гениталий. Большое значение имеет рациональная психотерапия, разъясняющая генез заболевания и правильно ориентирующая больную в отношении половой жизни. При сухости половых органов ре-

комендуется слегка смазать их вазелином перед половым актом.

При фобической форме могут быть применены внушения наяву или в гипнотическом сне, а также аутогенная тренировка. Для угашения чувства страха можно дать больной на дом расширитель Гегара и предложить ей самой несколько раз в день вводить его во влагалище, с каждым днем увеличивая номер расширителя — у особенно боязливых больных до № 32 и 34. Вместо расширителя можно посоветовать больной вводить себе во влагалище сначала один, потом два и наконец три пальца и совершать ими вращательное движение. Возможно также применение приема с влагалищным зеркалом: больной вводится во влагалище зеркало, затем ей предлагают самой вынуть его и убедиться в том, что влагалище легко растяжимо, либо ставят перед ней обычное зеркало так, чтобы она могла увидеть, как извлекается влагалищное зеркало. Для устранения боязливого ожидания боли при фобической форме вагинизма мы рекомендуем, кроме того, вышеприведенный прием мнимого временного запрета половой жизни.

При лечении истерического вагинизма и истерических генитоальгий внимание направляется главным образом на выявление психотравмирующей ситуации, делающей половую близость с данным лицом нежелательной, и либо на устранение этой ситуации, либо на изменение отношений к ней. Оно является решающим для достижения лечебного эффекта. Дополнительно можно прибегнуть к прямому или косвенному внушению наяву или в гипнотическом сне, а также к приему с влагалищным зеркалом.

ЛЕЧЕНИЕ МАСТУРБАЦИИ

Для успешного лечения навязчивой мастурбации у девочек большое значение имеет правильное поведение родителей. Иногда родители, обнаружив, что ребенок занимается мастурбацией, придают этому чрезмерное значение, опасаясь «страшных» последствий, начинают часами просиживать у постели ребенка, запугивать его. Вследствие этого ребенок оказывается в центре внимания окружающих, фиксирует свое внимание на онанистических актах. Возникает чувство вины и одновременно желание повторять эти акты. Все это может привести к возникновению у него невротического состояния.

Целесообразнее строго и категорически запретить ребенку трогать свои половые органы, указав, что «этого нельзя делать, это неприлично». В крайнем случае можно сказать, что это вредно, но не описывая, не конкретизируя возможные вредные последствия. Следует потребовать от ребенка, чтобы он прекратил эти действия. Далее не стоит возвращаться к этому, а постараться отвлекать внимание ребенка от возможных занятий онанизмом, загружать его другими видами деятельности, переключать его энергию в сторону физкультуры и спорта, стараться, чтобы он ложился спать уставшим и в связи с этим быстро засыпал. При пробуждении требовать, чтобы он быстро, тотчас же вставал с постели. В особо упорных случаях может быть применено внушение во время гипнотического или естественного сна (техника внушения, а также аутогенная тренировка, описаны в книге А. М. Свядоща «Неврозы и их лечение», 1971, с. 270—341).

ЛЕЧЕНИЕ ГОМОСЕКСУАЛИЗМА

Гомосексуализм является тяжелым заболеванием. При этом часть больных глубоко страдают от своей патологии, чувствуют себя несчастными, становятся неустойчивыми по отношению к различным психотравмирующим воздействиям (около 25% совершают когда-либо суицидные попытки и около 3% кончают жизнь самоубийством), однако значительная часть больных (по нашим данным, около 60%) не считают свое состояние противоестественным и не желают лечиться.

Каузальная терапия врожденных форм гомосексуализма пока не разработана. Для ее успеха, по-видимому, потребовалось бы научиться определять нарушения эндокринного зеркала у плода во внутриутробном периоде и устранять их.

Сейчас достигнут значительный прогресс в разработке тонких биохимических методик определения гормонов в околоплодной жидкости, и это дает надежду, что в ближайшие десятилетия удастся диагностировать и устранять гормональные нарушения у плода и тем самым предупреждать или устранять возникновение этой формы патологии.

Даже при врожденных формах гомосексуализма весьма редко встречается полная, глубокая инверсия полового влечения. Обычно имеется та или иная степень бисексуаль-

ности. Наличие сохранных (часто скрытых от самого больного) элементов здоровой половой направленности открывают широкие возможности для психического воздействия.

Успехи современной биохимии, нейрофизиологии и нейрохирургии позволяют, как будет показано ниже, искать эффективные пути непосредственного воздействия на системы мозга, определяющие направленность полового влечения не только у плода, но и у зрелого человека.

Ситуационно обусловленные формы гомосексуализма, в основе которых лежит возникновение патологически прочной условнорефлекторной связи, принципиально излечимы.

Оценка эффективности терапии гомосексуализма на основании литературных данных крайне затруднена, так как она проводилась без учета клинических форм.

Многие авторы отмечали, что лечение различных болезненных состояний гормонами одноименного пола, а также пересадка желез одноименного пола не ведут к изменению направленности полового влечения. Наблюдения А. М. Свядоща и Е. М. Деревинской над 9 активными и 8 пассивными гомосексуалистками показали, что изолированное применение гормонов фолликулина и метилтестостерона может вести лишь к некоторому ослаблению или усилению полового влечения, однако не меняет его направленности. Лечение в течение месяца адренокортикотропным гормоном гипофиза (АКТГ) в сочетании с кортизоном также не влияло на направленность полового влечения у женщин ни при активной, ни при пассивной форме. Однако в случаях гомосексуализма (довольно редких), когда имеются выраженные эндокринные нарушения, применение гормонов можно считать показанным.

Кастрация как метод лечения гомосексуализма недопустима, хотя предлагалась некоторыми авторами. Она вызывает тяжелые общие эндокринные нарушения и либо не меняет направленности полового влечения, либо приводит к его угнетению, но не ведет к нормализации.

По данным Thompson, электрошок не дает положительного эффекта при лечении гомосексуализма. Однако Owensby утверждает, что он излечил своих шестерых пациентов коразоловыми шоками. Эти данные нуждаются в фактическом подтверждении. Наши наблюдения над большим количеством психически больных, леченных коразоловыми шоками и электрошоком, показали, что метод этот не влияет на направленность полового влечения.

Оценка эффективности психотерапии при гомосексуализме противоречива. Так, Hirschfeld, Steckel, Curan и Parr ни в одном случае гомосексуализма не видели положительных результатов от ее применения. Однако, по Giese, Германское общество глубинной психологии и психотерапии получило положительные результаты от психотерапии в 341 из 511 случаев гомосексуализма, т. е. у 67%. Сам Giese наблюдал выздоровление у 4 из 48 больных, у 7 результаты были сомнительными. Единичные случаи успешной гипнотерапии гомосексуализма наблюдали многие авторы, как, например, В. М. Бехтерев, К. И. Платонов, В. Е. Рожнов, И. А. Жуков. По нашим наблюдениям, психотерапия более эффективна при пассивной форме женского и активной форме мужского гомосексуализма и мало эффективна при активной форме женского и пассивной форме мужского гомосексуализма.

В процессе лечения рациональная психотерапия направляется на укрепление представлений о ценности гетеросексуальной жизни, возможности избавления от инверсии полового влечения, мобилизации личности для борьбы с гомосексуальными тенденциями и т. п. С успехом может быть применено внушение наяву, в гипнотическом или наркотическом сне (наркопсихотерапия), а также самовнушение, в частности аутогенная тренировка. Внушается принадлежность к своему полу, безразличие к лицам одноименного пола, постепенное нарастание интереса к противоположному полу и желание иметь семью и детей. Проводится 10—20 сеансов внушения. Первые сеансы проводятся ежедневно, последующие — раз в 2—3 дня. В дальнейшем для закрепления полученных результатов целесообразно проводить дополнительно 1—2 сеанса в месяц в течение года. Иногда успеха удается достичь уже после 4—8 сеансов. Характерно следующее наблюдение.

Больная В., 22 лет, обратилась с жалобами невротического характера. В течение последних 4 лет поддерживала гомосексуальные отношения с подругой, играя при этом пассивную роль. Месяц назад порвала с ней отношения. Тяготится своей гомосексуальной привязанностью, считает ее постыдной, аморальной. Интереса к мужчинам не испытывает.

Проведено лечение внушением в состоянии гипнотического сна. Во время первого сеанса гипнотерапии не уснула, на следующий день погружена шоковым методом в глубокий гипнотический сон (III степени по Форелю). Внушено хорошее самочувствие и амнезия гомосексуальных отношений («Не думайте!.. Ушло из вашей памяти»). Внушен интерес к мужчинам.

Рассказала, что после первых сеансов наладился сон, стала спокойнее, перестала думать о своей подруге. Потом «почувствовала себя человеком», пробудился интерес к молодым людям. Стала обращать на них внимание на улице, в автобусе. Во время танцев возникло половое влечение к партнеру-мужчине. Проведено 10 сеансов гипнотического внушения. Через $1^1/_2$ месяца после начала лечения начала встречаться с молодым человеком. Через 4 месяца вступила с ним в близкие отношения, однако полового удовлетворения не испытывала. Вновь пробудилось влечение к подруге. Проведено еще 2 сеанса гипнотерапии, после чего перестала думать о подруге. Разъяснено, что девушки в начале половой жизни не испытывают полового удовлетворения — это приходит несколько позже. Рекомендовано разрешить партнеру дополнительную стимуляцию области клитора во время половой близости. Стала испытывать половое удовлетворение с молодым человеком. Вышла замуж. Ожидает ребенка. Гомосексуальных тенденций не обнаруживается.

В данном случае явления пассивной формы женского гомосексуализма были полностью устранены путем гипнотерапии. Большую роль в закреплении успеха сыграли советы, направленные на достижение половой гармонии с мужем.

Н. В. Иванов и Я. Г. Голанд для лечения мужского гомосексуализма предложили систему поэтапного перевоспитания личности. Лечение длится от $1^1/_2$ до 2 лет. На первом этапе создается «сексуально-психологический вакуум» — вырабатывается равнодушное отношение к лицам своего пола. Анализируется генез перверсии и мобилизуются усилия пациента на ее преодоление. Пациент обучается аутогенной тренировке, вызыванию состояния релаксации в различной обстановке (в поезде, трамвае). Большое значение придается сеансам самовнушения перед сном, так как в это время активируются гомосексуальные тенденции. Вводится формула самовнушения, направленная на сопротивление перверсии, предложенная самим больным. Далее ряд сеансов посвящается эстетическому восприятию женщины. Вырабатывается на основании фотографий и рисунков эталон женского красивого лица, затем обнаженного женского тела. Предлагается во время аутогенной тренировки вызывать образы женского лица, женской фигуры. Проводятся сеансы гипнотерапии, во время которых внушается потребность быть с женщиной. Разрабатывается ряд программ установления контакта с женщиной (беседа с женщиной в кино, в транспорте), преодоления чувства робости. На последнем этапе развивается эротическое отношение к женщине в терминах, предложенных самим пациентом. Положительные результаты наблюдались автором у 4 из 6 муж-

чин-гомосексуалистов. Метод этот применим и для лечения женского гомосексуализма.

По аналогии с условнорефлекторным методом лечения алкоголизма нами была рекомендована условнорефлекторная терапия гомосексуализма. Для этой цели может быть использован 1% или 0,5% свежеприготовленный раствор гидрохлорида апоморфина. Апоморфин вызывает через 5—10 минут после подкожного введения чувство тошноты, сопровождающееся сердцебиением и легкой одышкой, и рвоту вследствие непосредственного возбуждения рвотного центра. Механизм действия апоморфина больному не раскрывают. Ему указывают, что будет дано лекарство, которое устраняет гомосексуальное влечение. Все представления, связанные с объектом гомосексуальной привязанности, а также с гомосексуальными актами, станут противными. Первоначально вводят 0,1—0,2 мл 1% раствора апоморфина. Через 3—4 минуты больному внушают безразличие к гомосексуальному партнеру и гомосексуальным актам и предлагают смотреть на фотографию объекта его гомосексуальной привязанности или вызывать у себя представления о гомосексуальных отношениях. Возникающее чувство тошноты и рвота, вызванные апоморфином, постепенно ассоциируются с гомосексуальными представлениями, в связи с чем последние приобретает отрицательную окраску.

Если первоначальная доза апоморфина не вызвала тошноты или рвоты, то в следующий раз она увеличивается на 0,1 мл. Превышать дозу 0,5 мл 1 % раствора не рекомендуется. Курс лечения — 10—20 сеансов, первоначально по одному сеансу ежедневно, в дальнейшем — через день. Лечение апоморфином проводится до обеда или через $2-2^1/_2$ часа после приема пищи. После 12—15 инъекций апоморфин можно заменить физиологическим раствором. Апоморфинотерапию желательно сочетать с внушением наяву или в гипнотическом сне первоначально безразличия, а затем и отвращения к гомосексуальному партнеру и гомосексуальным актам.

Данный метод с успехом был применен нами для устранения гомосексуальной привязанности мужчины активного гомосексуалиста.

Противопоказаниями к лечению апоморфином являются состояния декомпенсации сердечной деятельности, выраженные формы стенокардии, артериальная гипотония, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки,

бронхиальная астма, активные формы туберкулеза легких, состояния после тяжелых черепно-мозговых травм, склонность к обморокам, а также преклонный возраст (старше 60—65 лет).

В 1956 и 1957 гг. А. М. Свядощем и Е. М. Деревинской была предпринята попытка лечения гомосексуализма нейролептиками.

С этой целью больным ежедневно давалось 150 — 200 мг аминазина в течение месяца. Лечение, помимо общей заторможенности и сонливости, вызывало резкое угнетение полового влечения и прекращение гомосексуальной активности, однако после окончания приема аминазина последняя возобновлялась. Месячный курс не повлиял на направленность полового влечения.

Исходя из того что аминазин вызывает временное резкое угнетение полового влечения с утратой гомосексуальных интересов, но не ведет к возникновению новых, гетеросексуальных, связей, и что формированию и укреплению последних может помочь психотерапия, А. М. Свядощ совместно с Е. М. Деревинской разработали метод фармакопсихотерапии гомосексуализма. При этом методе больной вначале назначается аминазин (или тиоридазин — меллерил или сонапакс — в тех же дозах, что и аминазин) и тем самым достигается ослабление силы полового влечения, а также прекращение гомосексуальной практики. На этом фоне путем внушения и убеждения пытаются затормозить старые и выработать новые — гетеросексуальные — условные связи, после чего аминазин постепенно отменяют. Если больная отмечает, что с уменьшением дозы аминазина у нее вновь появились гомосексуальные интересы (влечение к лицам одноименного пола, сновидения гомосексуального содержания), дозу повышают до устранения этих интересов и поддерживают в течение 3—4 недель, после чего вновь постепенно снижают.

Первоначально дают по 25 мг аминазина 2 раза в сутки. После приема больные отмечают некоторую вялость, легкую сонливость. Постепенно (по 25 мг в сутки) дозу аминазина повышают, пока больная не отметит угнетения полового влечения. Обычно это бывает при 50—100, реже 150 мг аминазина. Тогда, помимо психотерапевтических бесед, проводят сеансы внушения наяву, во время которых внушается сначала полное безразличие к партнерше, а затем и отвращение к гомосексуальной активности. Затем внушается, что когда появится половое влечение, больная

почувствует все больший и больший интерес к мужчинам, что она начнет думать о них, о семейном счастье, что ей будет приятно находиться в мужском обществе, ходить под руку с мужчиной, ходить с ним в театр, кино, в гости, танцевать. Захочется иметь детей, быть матерью, что она очень любит детей. Это внушается в течение 10 дней. Обычно в это время больные отмечают, что полового влечения они не испытывают, но что им все больше и больше хочется начать нормальную половую жизнь, стать нормальными людьми.

Затем говорится, что старый путь к женщине не существует, что он засыпан, что она о нем не думает, не вспоминает, что старые подруги ей безразличны, половые отношения с женщиной неприятны, противны. Теперь, когда появится желание, она почувствует, что ее тянет к мужчине. Доза аминазина уменьшается в 2 раза и делается 1—2 дня перерыва в даче аминазина для того, чтобы у больной появилось легкое, нерезко выраженное половое влечение. В таком состоянии проводится еще 10 сеансов, во время которых внушается интерес к мужчинам, рисуется перспектива нормальной гетеросексуальной жизни, возможность создания семьи. Если больная достаточно гипнабельна, проводятся сеансы гипнотического внушения, направленные на укрепление гетеросексуальной установки. Затем аминазин полностью отменяют и проводят лишь поддерживающую психотерапию.

Если больная отмечает возобновление гомосексуальных тенденций, продолжают дачу небольших поддерживающих доз аминазина, причем продолжают психотерапевтическое воздействие.

Предложенный нами фармако-психотерапевтический метод был применен для лечения 8 гомосексуалисток — 4 активных и 4 пассивных.

Положительные результаты получены у 3 пассивных и одной активной гомосексуалистки. Применим этот метод также и для лечения гомосексуализма у мужчин.

В годы широкого внедрения лобной лейкотомии в психиатрическую практику были предприняты попытки лечения этим хирургическим методом также и гомосексуализма. Оказалось, что сама по себе эта операция не влияет на направленность полового влечения и не устраняет его инверсию. Spiegel, Wycis и Freed в 1956 г. перерезали кортико-таламические связи женщине с явлениями гомосексуализма. Добиться изменения направленности полового влечения не удалось.

В 1955 г. Spatz и его ученик указали на роль tuber cinereum в регуляции сексуальных функций. В 1957 г. Schreiner и Kling на Международном неврологическом конгрессе в Брюсселе показали фильм, демонстрировавший нарушение полового влечения (возникновение гиперсексуальности) у кошек и обезьян при повреждении миндалевидной и грушевидной коры. Исходя из этого, Roeder и Müller в 1969 г. разработали стереотаксический метод лечения гомосексуализма и прооперировали 2 больных. Первый больной, 52 лет, многократно судился за развратные действия с малолетними. В 1962 г. была проведена операция правостороннего разрушения nucleus hypothalamicus ventromedialis. Патологическое влечение исчезло. После операции возникло легкое ослабление зрительных представлений.

Второй больной, 36 лет, активный гомосексуалист с влечением к перемене партнеров, в год вступал в половые связи примерно с 15 юношами. В 1968 г. ему проведена операция правосторонней гипоталамотомии — 4 электрокоагуляции правого nucleus ventromedialis. После операции исчезли половое влечение к мальчикам и чувство отвращения к женщинам.

Оба оперированных—активные гомосексуалисты, «стесняющиеся» женщин. Операция на «центрах полового поведения» (одностороннее разрушение nucleus hypothalamicus ventromedialis) вызвала у них общее ослабление полового влечения, не устранявшееся гормональной терапией; при этом функция половых желез оставалась нормальной. После операции не возникло расстройств настроения, снижения энергетического потенциала и инициативы, а также интеллектуально-мнестических нарушений. Однако эти операции являются технически сложными и таят в себе опасность тяжелых осложнений. Указаний на их применение для терапии наиболее трудно поддающихся лечению форм гомосексуализма — пассивной у мужчин и активной у женщин — мы не встретили.

Dörner с сотрудниками показал, что у взрослых крыс имплантацией тестостерона в передний гипоталамус можно усилить мужское, и в центральный — женское половое поведение.

Это открывает возможности еще одного направления в поиске путей терапии гомосексуализма.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОЧИХ ПЕРВЕРСИЙ

Лечение таких перверсий, как садизм, мазохизм, фетишизм, вуайеризм, эксгибиционизм, трансвестизм, педофилия, геронтофилия, инцестофилия и зоофилия, строится по тем же принципам, что и лечение навязчивых состояний у боль-

ных неврозами (см. А. М. Свядощ, 1971, с. 423—424). Оно направлено на выявление и устранение зафиксировавшейся патологической условнорефлекторной связи, лежащей в основе этих перверсий.

Могут быть рекомендованы внушение в гипнотическом или легком наркотическом сне, а также аутогенная тренировка с самовнушением безразличия к объекту перверсии.

Для временного снижения силы полового влечения назначают аминазин или тиоридазин. Лечение внушением можно сочетать с условнорефлекторной терапией апоморфином аналогично тому, как это было описано при лечении гомосексуализма.

В тех случаях, в которых генез перверсии неясен, предварительно может быть проведена каузальная психотерапия (А. М. Свядощ, 1971, стр. 342—345).

Глава VII

ПОЛОВАЯ ГИГИЕНА И ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПОЛОВЫХ РАССТРОЙСТВ

ПОЛОВАЯ ГИГИЕНА

Научные основы половой гигиены до сего времени все еще мало разработаны. Приводимые в литературе гигиенические рекомендации часто основывались не на твердо установленных фактах, а лишь на традиционных воззрениях, возникших под влиянием моральных, этических и порой даже суеверных представлений.

Достаточно вспомнить обрезание малых губ и клитора, совершавшееся у некоторых народов по якобы гигиеническим соображениям.

Весьма характерна в этом отношении и вышеприведенная гигиеническая оценка онанизма — от признания его крайне вредным (старые авторы) до признания безвредным и даже полезным при вынужденном половом воздержании (ряд современных сексологов).

Много неясного остается в вопросе о гигиеническом значении возраста, в котором начата половая жизнь. Ван-дер Вельде еще в начале этого столетия нередко наблюдал во дворах Гарлема детей 5—8 лет, совершавших половой акт под одобрительные возгласы прохожих. В течение своей многомиллионной истории люди начинали половую жизнь довольно рано.

В Индии браки разрешались с 8-летнего возраста, однако вступление в брак детей часто носило лишь характер помолвки — «супруги» еще годами продолжали жить раздельно каждый у своих родителей. В литературе имеются указания, что дети, вступающие в брак, выглядят хилыми, болезненными. Такие ранние браки недопустимы с гигиенической точки зрения. В то же время имеются отдельные наблюдения, в том числе и наши, указывающие, что даже рано начатая половая жизнь не ведет в дальнейшем к каким-либо нарушениям здоровья.

По Klimmer (1958), брачный возраст установлен для женщин: в 12 лет — в Испании и ряде стран Центральной и Южной Амери-

ки; 14 лет — в Италии, Австрии; 15 лет — во Франции, 16 лет — в Англии, ФРГ, Румынии; 17 лет — в Греции, Финляндии, а также Украинской и Узбекской ССР; 18 лет — в остальных республиках СССР, ГДР, Венгрии, Болгарии, Чехословакии, КНР, ДРВ.

Для мужчин: 16 лет — в Испании, Италии, Англии; 18 лет — во всех республиках СССР, странах народной демократии, Франции; 20 лет — КНР, ДРВ; 21 год — ФРГ, Польше. В США — в различных штатах брачный возраст колеблется для женщин — от 14 до 18, мужчин — от 15 до 21 года.

Считается, что половое созревание у южанок в среднем наступает раньше, чем у северянок, однако брачный возраст во многих странах, как видно из приведенных данных, устанавливался главным образом исходя из национальных традиций и социальных соображений. В нашем цивилизованном обществе девушки и юноши, например, 14—15 лет, еще, как правило, обучающиеся в школе, в социальном отношении не созрели для того, чтобы образовать семью. Половая жизнь оказывает влияние не только на физическое, но и на моральное состояние человека, на формирование его этических и нравственных устоев, направленность интересов, т. е. на формирование его личности. Ранняя внебрачная половая связь может явиться источником тяжелых психотравмирующих переживаний, вести к социальному оскудению личности. В Советском Союзе половое сношение с лицом, не достигшим половой зрелости, уголовно наказуемо.

Не существует единой нормы частоты половой жизни. Нормальная половая способность как мужчины, так и женщины подвержена значительным возрастным и индивидуальным колебаниям. Так, по Kinsey (США), частота половых актов у мужчин до 30 лет составляет в среднем 3,2 раза в неделю, после 30 лет — 2,2 и в 60 лет — 0,8 раза. Среди 60-летних мужчин 96% способны к половой жизни. Половая жизнь женщины определяется во многом половой активностью мужчины. У женщин, вышедших замуж в возрасте 16—20 лет, она в начале супружества составляла в среднем 2,8, в 30 лет — 2,2, в 40 лет — 1,5, в 50 лет — 1 и в 60 лет — 0,6 акта в неделю. Ежедневно или чаще жили половой жизнью в 16—20 лет 14%, в 30 лет — 5%, в 40 лет — 3% замужних женщин; встречаются пары, которые и в 40 лет совершают половые акты по 4 раза в сутки.

Данные Schulz-Henke (Берлин) привели его к мнению, что нормальная частота половых сношений у мужчины колеблется между тремя актами в день и одним актом в ме-

сяц, у женщины — между одним в день и одним в 2—3 месяца.

По нашим данным, в возрасте между 30 и 45 годами большинство пар совершают 2—3 акта в неделю. Если молодой человек способен жить половой жизнью раз в неделю и тем более чаще, чем раз в неделю, мы считаем, что у него нормальная половая способность. Многие молодые семейные пары в первый месяц брака имеют половые сношения почти ежедневно, в последующие 2—3 месяца — 3—4 раза в неделю, а в последующие годы — 2—3 раза в неделю или несколько реже, после 60 лет — 1—2 раза в 2 недели.

Если половая жизнь не вызывает чувства усталости, разбитости, недовольства, если в течение всего дня люди остаются бодрыми, веселыми, то, очевидно, что они не допускают половых излишеств. Если эрекция возникает без искусственного механического возбуждения половых органов, она является в полной мере физиологичной. С гигиенической точки зрения некоторые сексологи считают нежелательными повторные половые акты в течение ночи. Супругам рекомендуют проводить сношения так, чтобы женщина получала удовлетворение при первом же половом акте. Нежелательно также чрезмерное затягивание полового акта, так как это может вести к развитию застойных явлений в малом тазу, способствующих возникновению нарушения функции половых органов.

Половое сближение может проводиться в любое время суток. С гигиенической точки зрения, учитывая, что половой акт сопровождается значительной тратой энергии и вызывает в той или иной мере чувство усталости, желательно, чтобы после половой близости имелась возможность последующего отдыха. В этом отношении весьма удобно время перед сном.

Однако иногда, если мужчина или женщина очень устали за день, можно рекомендовать сближение ранним утром, но при условии возможности еще некоторое время отдохнуть после этого. С успехом могут быть использованы в этих случаях также и утренние эрекции, обычно достаточно выраженные у астенизированных мужчин, переутомляющихся в течение дня работы.

Во время месячных некоторые женщины весьма возбудимы в половом отношении, в связи с чем продолжают половую жизнь. Это не рекомендуется не только по эстетическим соображениям, но и потому, что может способствовать занесению инфекции в половые органы женщины.

В первые 2 месяца беременности также не рекомендуется жить половой жизнью, так как это может спровоцировать возникновение выкидыша. Не разрешаются половые сношения и на протяжении 2 последних месяцев беременности.

Влияние длительного полового воздержания на здоровье еще не раскрыто до конца. Считается, что половое воздержание как мужчины, так и женщины в юношеском возрасте безвредно. Имеющийся у человека механизм саморегуляции половой функции облегчает его.

Так, при более или менее длительном половом воздержании как у мужчины, так и у женщины могут возникать эротические сновидения, а также поллюции. У мужчины при этом возникает эрекция полового члена и эякуляция. У женщины может иметь место выделение секрета бартолиниевых желез, транссудата сосудистых сплетений вокруг влагалища и, наконец, возникновение оргазма со всеми характерными для него особенностями (ритмическими сокращениями стенок влагалища и т. п.). В зависимости от фазы сна эротическое сновидение может либо сохраняться, либо не сохраняться в памяти по пробуждении. У молодых людей, не живущих половой жизнью, поллюции бывают обычно от нескольких раз в неделю до одной в 1—2 недели, у людей зрелого возраста — реже. По Kinsey, сновидения с оргазмом встречаются у 37% женщин, по данным нашей сотрудницы З. В. Рожановской,— у 22,2%, причем эротические сновидения без оргазма наблюдались у 48% женщин. В то время как у мужчин поллюции обычно возникают в юношеском возрасте, у женщин эротическое сновидение чаще всего наблюдается в более зрелые годы, когда усилившееся половое влечение не получает достаточной разрядки.

У мужчины имеются еще и другие механизмы саморегуляции половой функции. Так, если мужчина некоторое время не живет половой жизнью, то нередко у него отмечается ослабление полового влечения, и, наоборот, когда он возобновляет половую жизнь, влечение усиливается. Это, казалось бы, парадоксальное явление, вероятно, объясняется тем, что при частых половых актах вместе с эякулятом выбрасывается много секрета предстательной железы и лишь небольшое его количество всасывается в кровь. Уменьшение поступления секретов простаты в кровь возбуждает секрецию яичек, гормоны которых и активируют половое влечение. Наоборот, чем реже совершаются половые акты, тем реже иногда становится потребность в них, так как секрет предстательной железы обильно поступает в кровь и тормозит деятельность яичек.

Мы наблюдали ряд мужчин в возрасте около 40 лет и старше, которые обращались с жалобами на возникшую

импотенцию после того, как они вынуждены были по каким-либо причинам в течение нескольких лет воздерживаться от половой жизни. Это же наблюдалось и многими другими сексологами. Во всех наших случаях мужчины эти не занимались мастурбацией в период вынужденного полового воздержания. Есть основания полагать, что длительное вынужденное половое воздержание у мужчины, особенно после 40—45 лет, может иногда вести к ослаблению половой функции (абстинентной импотенции). Периодические мастурбаторные акты при наличии естественно возникшей эрекции, по всей вероятности, могут в этих случаях иметь профилактическое значение.

О влиянии полового воздержания на здоровье женщины в общем мало что известно, хотя вынужденное половое воздержание у женщин встречается весьма часто. Не все женщины его одинаково легко переносят. Так, по нашим данным, из 100 молодых женщин, состоявших в браке не менее 5 лет, три ответили, что они могут легко переносить половое воздержание до 3 дней, 9 — до одной недели, 36 — до месяца, 12 — до 6 месяцев, 8 — до года и 32 — свыше года. Аноргазмия отмечалась у 16% опрошенных. Несомненно, что многими женщинами со слабым половым влечением длительное половое воздержание переносится легко и не оказывает заметного влияния на их здоровье. Может ли оно вести к угасанию полового влечения или развитию аноргазмии — неясно. Мы подобных случаев не наблюдали и не встретили описания их в литературе. Полагаем, что это маловероятно.

Мы наблюдали ряд женщин с функциональными нарушениями, никогда не испытывавших оргазм во время половой жизни и считавших себя в половом отношении холодными, которые в действительности обладали нормальной половой способностью. Устранение у них аноргазмии приводило к избавлению и от функциональных расстройств. Несомненно, что для здоровья женщины важно, чтобы она получала половую разрядку (переживала чувство оргазма) независимо от того, какими формами полового контакта этот оргазм вызван.

С целью предохранения от беременности довольно широко распространено применение прерванного полового акта (coitus interruptus). В этих случаях мужчина, чувствуя приближение оргазма, прерывает половой акт и эякуляция у него происходит вне половых органов женщины. Такой метод предохранения от беременности требует изве-

стного нервного напряжения со стороны мужчины и, кроме того, не дает ему полного физического удовлетворения. Детумесценция половых органов у него в этих случаях совершается более медленно, чем тогда, когда половой акт завершен естественным путем. Отсюда возможно возникновение застойных явлений в половых органах, что нежелательно. Если женщина фригидна, то прерванный половой акт для нее довольно безразличен. Если же не фригидна, но оргазм у нее наступает до того, как мужчина прервал половой акт, это также мало сказывается на ее состоянии. Однако чаще всего женщина при этой форме полового предохранения остается, как указывалось, в состоянии фрустрации. Еще Freud обращал внимание на то, что прерванное совокупление является одной из самых частых причин возникновения невротических страхов. Эту форму предохранения от беременности нельзя считать рациональной.

ПСИХОПРОФИЛАКТИКА ПОЛОВЫХ НАРУШЕНИЙ

Для профилактики половых нарушений большое значение имеет правильное половое воспитание. Оно неотделимо от общего воспитания личности и ставит своей целью привитие норм полового поведения, подчиняющихся нормам морали данного общества.

Половое воспитание начинается с детского возраста. Не следует давать ребенку каких-либо разъяснений по вопросу рождения человека до тех пор, пока он сам этого не спросит. Если же он задаст этот вопрос, давать разъяснение нужно правильно, хотя и в доступной для ребенка форме, не вдаваясь в подробности. У большинства детей такое разъяснение падает на возраст от 3 до 6 лет. После 6 лет ребенок, не обращавшийся за разъяснением к родителям, обычно успевает получить его со стороны, причем нередко в форме, оказывающей вредное влияние на его последующую жизнь. Не следует явно замалчивать эту тему, нужно вести себя так, чтобы у ребенка возникло свободное, естественное отношение к ней.

С точки зрения профилактики гомосексуализма важно с детства развивать у ребенка представление о принадлежности к своему полу, при этом у мальчика развивать мужские, у девочки — женские черты характера. Так, например, мальчику внушать: «Ты мальчик, а мальчики не плачут!». Девочкам нужно прививать интерес к женским

занятиям (шитью, приготовлению пищи и т. п.), подчеркивать, что ей идут косички, бантики, юбочка («Это носят только девочки, это очень красиво, очень идет!»). С этой же точки зрения нежелательно чрезмерно восставать против применения девушками косметики, маникюра, подавлять любовь к женским украшениям. Мальчика желательно привлекать к работе отца, девочку — к работе матери. Однако не следует утрировать. Ничего страшного, если один раз мальчик проявит интерес к кукле или захочет помочь маме гладить белье. Важно, чтобы дома родители — мать и отец — каждый выполняли свою мужскую и женскую роль. Дети должны видеть, что есть разница между мужской и женской работой, но не должно создаваться впечатление, что мир разделен на два враждебных лагеря — мужской и женский. Плохо, если родители держатся дома обособленно — отец только читает газету и смотрит телепередачу, а мать выполняет всю домашнюю работу. Важно, чтобы они выполняли и некоторые совместные работы. Счастливый брак, хорошие теплые отношения между супругами имеют большое значение для профилактики гомосексуализма. Если отца нет в семье, важен его образ, создаваемый матерью или близкими.

Хорошо, если мать может при дочери похвалить новый туалет отца и проявить к нему нежность, так же как отец — сделать это по отношению к матери при сыне. Неплохо, если мать при дочери скажет: «Посмотри, вон какой интересный молодой человек». Желательно прививать взгляд на отношения между полами как простые, естественные. Если дочь заходит в комнату в то время, когда отец одевается, хорошо сказать: «Надо постучать в дверь, прежде чем входить. Видишь — мужчина одевается», но не следует вызывать чрезмерную реакцию стыда. Представления о теле должны быть естественными (P. и B. Wyden).

Там, где возникают опасения, что естественная возрастная реакция на противоположный пол у девочки выражена недостаточно, следует избегать чрезмерно нежного отношения со стороны матери (или старшей сестры, тети), ласк, поцелуев и, наоборот, усиливать нежные отношения со стороны членов семьи мужского пола. Желательно с детства прививать девочке установку, что когда она вырастет, то выйдет замуж и у нее будут семья и дети.

Нежелательна чрезмерная реакция родителей на сексуальные игры девочек с мальчиками, приводящая к полному запрету контакта с мальчиками и в дальнейшем за-

пугивания возможностью беременности. Важно не допускать совращения детей и подростков старшими лицами, не допускать того, что может этому способствовать. Так, детям и подросткам не следует спать в одной постели с более старшими детьми или взрослыми одноименного пола. Следует ограждать девушек от подруг, проявляющих к ним чрезмерную нежность, не допускать чрезмерной изоляции от лиц противоположного пола и не подавлять проявляемого к ним естественного интереса. Если семейная жизнь у родителей сложилась неудачно, например, из-за пьянства и грубости мужа, не следует в присутствии девочки говорить о том, что лучше вообще не выходить замуж, что «все мужчины мерзавцы». Желательно рассказать о счастливых семьях и выразить уверенность, что дочь, когда вырастет, выйдет замуж удачно.

С целью профилактики врожденных форм гомосексуализма беременным женщинам (особенно на IV—VII месяце) желательно избегать нейролептических средств, а также гормональных препаратов.

Для предупреждения мастурбации у детей следует избегать всего того, что может вызвать раздражение половых органов. Сюда относятся плотно прилегающие скользящие складки нижнего белья, давление на половые органы при катании ребенка на седле велосипеда, неправильное подмывание и подтирание, излишнее прикосновение к его наружным половым органам. Важно своевременно обнаружить появление остриц у девочек, не допускать возникновения зуда половых органов. Нежелательно, чтобы ребенок спал на очень мягкой постели, долго лежал в кровати после пробуждения или перед засыпанием. Многие матери предпочитают, чтобы ребенок, засыпая в постели, держал руки на одеяле, а не под одеялом. Физкультура и спорт, постоянная занятость ребенка, труд и развлечения имеют большое значение и для профилактики мастурбации. Случаи широкого распространения мастурбации на основе взаимного подражания встречаются лишь в тех детских учреждениях, в которых дети предоставлены сами себе, ничем не заняты.

С точки зрения профилактики аноргазмии желательно, чтобы в процессе воспитания возникли простые естественные отношения к проблемам взаимоотношения полов, половой жизни. Не следует прививать взгляда на половую жизнь как на что-то грязное, аморальное, греховное, унижающее «настоящую чистую любовь». Это может привести к некоторой задержке развития полового чувства. Так, по

Kinsey, у ревностных католичек, получивших строгое религиозное воспитание, оргазм возникал в течение первого года половой жизни несколько реже, чем у остальных, после чего частота его в обеих группах выравнивалась.

Неверные представления о строении женских половых органов и о дефлорации могут вести к возникновению фобии дефлорации и способствовать развитию вагинизма. Так, одна наша больная, 24 лет, полагала, что при половом акте мужской половой орган должен проникнуть в мочеиспускательный канал и неудомевала, как он сможет поместиться в столь узком отверстии. Половая непросвещенность другого рода, порождающая ожидание от первого полового акта чего-то необычного и фантастически прекрасного, может в свою очередь вызвать разочарование и на некоторое время затормозить возникновение оргазма.

Для профилактики аноргазмии недостаточно общего знакомства со строением половых органов и биологией зачатия. Важно знакомство с элементарной физиологией полового акта, путями достижения половой гармонии. Половое просвещение лиц, готовящихся вступить в брак и не имеющих опыта половой жизни, требует большого такта, чтобы не задеть естественного чувства стыдливости и не лишить девушку чистоты, некоторой наивности, но в то же время правильно подготовить ее к предстоящему. Не меньшее значение имеет это просвещение и для жениха. Оно должно строиться так, чтобы не допускать ятрогении, не порождать у него тревоги и опасений неудачи, однако снабдить его необходимыми сведениями.

Для подготовки вступающих в брак, а также молодоженов много ценного может дать организация консультаций по вопросам семейной жизни. Такая консультация открыта, например, в Ленинграде при Сексологическом центре Ленгорздравотдела. В загсах за 1—2 месяца до бракосочетания (при подаче заявления о регистрации брака) жениху и невесте вручается приглашение посетить эту консультацию и прослушать цикл из двух лекций. Первая трехчасовая лекция читается на тему о культуре и красоте чувств (в ней говорится о задачах брака, о высоком чувстве любви, о взаимоотношениях супругов в семье, отношениях с родителями, распределении бюджета и т. п.), вторая — о гигиене половой жизни. Эта лекция читается для мужчин и женщин раздельно. Помимо лекций, проводятся индивидуальные консультации для мужчин и женщин по психологическим и медицинским проблемам, возникающим в бра-

ке. Там же даются советы по воспитанию детей с трудностями поведения, нервностью или задержкой развития. Консультацией охотно пользуются и лица, имеющие опыт семейной жизни.

Удовлетворение половой жизнью в браке имеет большое значение для достижения семейного счастья, однако само по себе не может его обеспечить. Так, по данным Hanna Malewska, из числа женщин, испытавших «высокую или очень высокую степень полового удовлетворения», считали свой брак счастливым или очень счастливым — 79%, «обычным» — 16% и несчастливым — 5%; среди женщин, испытавших «низкую или очень низкую степень полового удовлетворения» находили брак счастливым или очень счастливым — 36%, «обычным» — 43% и несчастливым — 21%. Иначе говоря, «счастливые» браки встречались в первом случае в 2 раза чаще, а «несчастливые» в 4 раза реже, чем во втором. При этом важно отметить, что 36% женщин, не испытывавших полового удовлетворения при половой близости, тем не менее находили свой брак счастливым, а некоторые (6,8%) даже очень счастливым.

Из числа женщин, опрошенных в Ленинграде С. И. Голодом, 22,8% отметили, что, по их мнению, супругов больше всего связывает общность интересов, 22,8% — физическая близость, 23,3% — привычка друг к другу, 10,6% — любовь к детям, 10,1% — супружеский долг; 9% — назвали различные другие мотивы. Таким образом, большинство женщин придавали большое значение интеллектуальным и моральным ценностям в браке. Счастье может принести только гармоничное сочетание духовной и половой жизни, при котором половая близость — лишь кульминационный пункт в возникших межличностных отношениях.

ЛИТЕРАТУРА

Антонов В. В. Формирование полового поведения самцов собак. Автореф. дисс. Л., 1971.

Арсеньева М. Т. Основы гормональной цитологической диагностики в гинекологии. Л., 1963.

Атаров Т. С. Вопросы полового воспитания. М., 1969.

Бараш Я. И. Физиотерапия при лечении половых расстройств. В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967.

Бруханский Н. П. Материалы по сексуальной психопатологии. М., 1927.

Белкин А. И. Клиника и лечение диэнцефальной формы импотенции. В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 74.

Бехтерев В. М. Половая деятельность. М.— Л., 1926.

Буньков А. И. О патогенной роли вагинизма в возникновении половых расстройств у мужчин. В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 270.

Васильченко Г. С. Патогенетические механизмы импотенции. М., 1956.

Васильченко Г. С. Либидо. БМЭ. Изд. 2-е, т. 15, 1960.

Васильченко Г. С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. М., 1969.

Васильченко Г. С. Квантифицированные характеристики некоторых сексологических проявлений у мужчин. Дисс. М., 1970.

Габелов А. А. Половые расстройства у женщин. В кн.: Л. Я. Мильман. Импотенция, Изд. 3-е, Л., 1972.

Ганнушкин П. Б. Клиника психопатий, их статистика, динамика, систематика. М., 1933.

Гельман А. Половая жизнь современной молодежи. М., 1928.

Голанд Я. Г. К вопросу психотерапии гомосексуализма. В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и психоневрологии. М., 1968.

Голод С. И. Психология семьи. В кн.: Б. Д. Парыгин. Социальная психология как наука. Л., 1967.

Деревинская Е. М. Материалы к клинике, патогенезу, терапии женского гомосексуализма. Автореф. дисс. Караганда, 1965.

Деревинская Е. М. Об отношении гомосексуализма к психопатиям. В кн.: Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967.

Здравомыслов В. И. Функциональные сексуальные расстройства у женщин. В кн.: Вопросы психотерапии в общей медицине и неврологии. Харьков, 1968, с. 436.

Загородный П. И. Нарушения половой функции при неврозах и реактивных состояниях у мужчин. Л., 1970.

Иванов Н. В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. М., 1966.

Киселев В. А., Зубарев Ю. Г. О фригидности женщин, больных неврозами. В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969.
Копылова И. А. Аутогенная тренировка при лечении сексуальных нарушений у женщин. В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969.
Корик Г. Г. Половые расстройства у мужчин. М., 1973.
Кочетков В. Д. Неврологические аспекты импотенции. М., 1968.
Либих С. С. Коллективная психотерапия и аутогенная тренировка больных с сексуальными расстройствами. В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967.
Лившиц О. З. В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 57.
Мандельштам А. Э. Семиотика и диагностика женских болезней. Л., 1964.
Мандельштам А. Э. Половая холодность. БМЭ. Изд 2-е. Т. 25, 1962.
Попов Е. А. К генезу мазохизма. Врач. дело. 1928, 7, 1.
Попов Е. А. Половые извращения. БМЭ. Изд. 2-е, т. 25, 1962.
Попов И. А. Материалы к психогигиене половой жизни мужчины. Автореф. дисс. М., 1969.
Посвянский П. Б. Современные проблемы сексопатологии. В кн.: Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1967, с. 7.
Посвянский П. Б. Сексуальные перверсии: определение понятия и опыт классификации. В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с . 144.
Рожановская З. В. К вопросу о половом влечении у женщин. В кн.: Вопросы психиатрии. Пермь, 1972, с. 37.
Рожановская З. В. О половом воспитании и просвещении женщин. В кн.: Психоневрология, психотерапия, психология. Алма-Ата, 1972, с. 139.
Рожановская З. В., Свядощ А. М. К вопросу об оргазме у женщин. В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 130.
Роледер Г. Половая жизнь человека. М., 1928.
Руководство по эндокринологии. Под ред. Алешина Б. В., Генеса С. Г., Вогралика В. Г. М., 1973.
Свядощ А. М. К клинике и терапии женской аноргазмии. В кн.: Вопросы сексопатологии. М., 1969, с. 130
Свядощ А. М. Неврозы и их лечение. Изд. 2-е. М., 1971.
Свядощ А. М. К клинической систематизации аноргазмии у женщин. В кн.: Вопросы психиатрии. Пермь, 1972, с. 33.
Свядощ А. М., Антонов В. В. О сомато-биологических аспектах гомосексуализма. В кн.: Сомато-неврологические аспекты психических заболеваний. Л., 1972.
Свядощ А. М., Деревинская Е. М. К проблеме патологии влечений (гомосексуализма). В кн.: Материалы выездной сессии президиумов Всесоюзного и республиканских обществ невропатологов и психиатров Казахстана и республик Средней Азии. Алма-Ата, 1964, с. 64.
Свядощ А. М., Деревинская Е. М. Комбинированный метод лечения гомосексуализма. В кн.: Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967, с. 124.
Свядощ А. М., Попов И. А. К физиологии половой жизни мужчин. В кн.: Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967, с. 125.
Свядощ А. М., Ромен А. С. Применение аутогенной тренировки в психотерапевтической практике. Техника самовнушения. Караганда, 1966.

Серийский М. Половые извращения. БМЭ, т. 26, 1933.
Скляр Н. О происхождении и сущности гомосексуализма. Харьков, 1925.
Статеві розлади. Ред. Аптер И. М. Київ, 1972.
Сумбаев И. С. К психотерапии гомосексуализма. Сов. психоневрол., 1936, № 3, с. 59.
Тарновский И. М. Извращение полового чувства у женщин. СПб., 1895.
Юдин Т. И. Половое влечение и ненормальности полового поведения. М., 1928.
Харчев А. Г., Голод С. И., Молодежь и брак. Ученые записки НИИ социологических исследований. Л., 1969.
Якобзон Л. Я. Онанизм у мужчин и женщин. Пг, 1923.
Якобзон Л. Я. Половая холодность женщины. Изд. 2-е. Л., 1937.

ОГЛАВЛЕНИЕ

СВЯДОЩ *АБРАМ МОИСЕЕВИЧ*

ЖЕНСКАЯ СЕКСОПАТОЛОГИЯ

Редактор *Г. С. Васильченко*
Художественный редактор *Л. С. Бирюкова*
Техн. редактор *Н. К. Петрова*
Корректор *С. Р. Даничева*

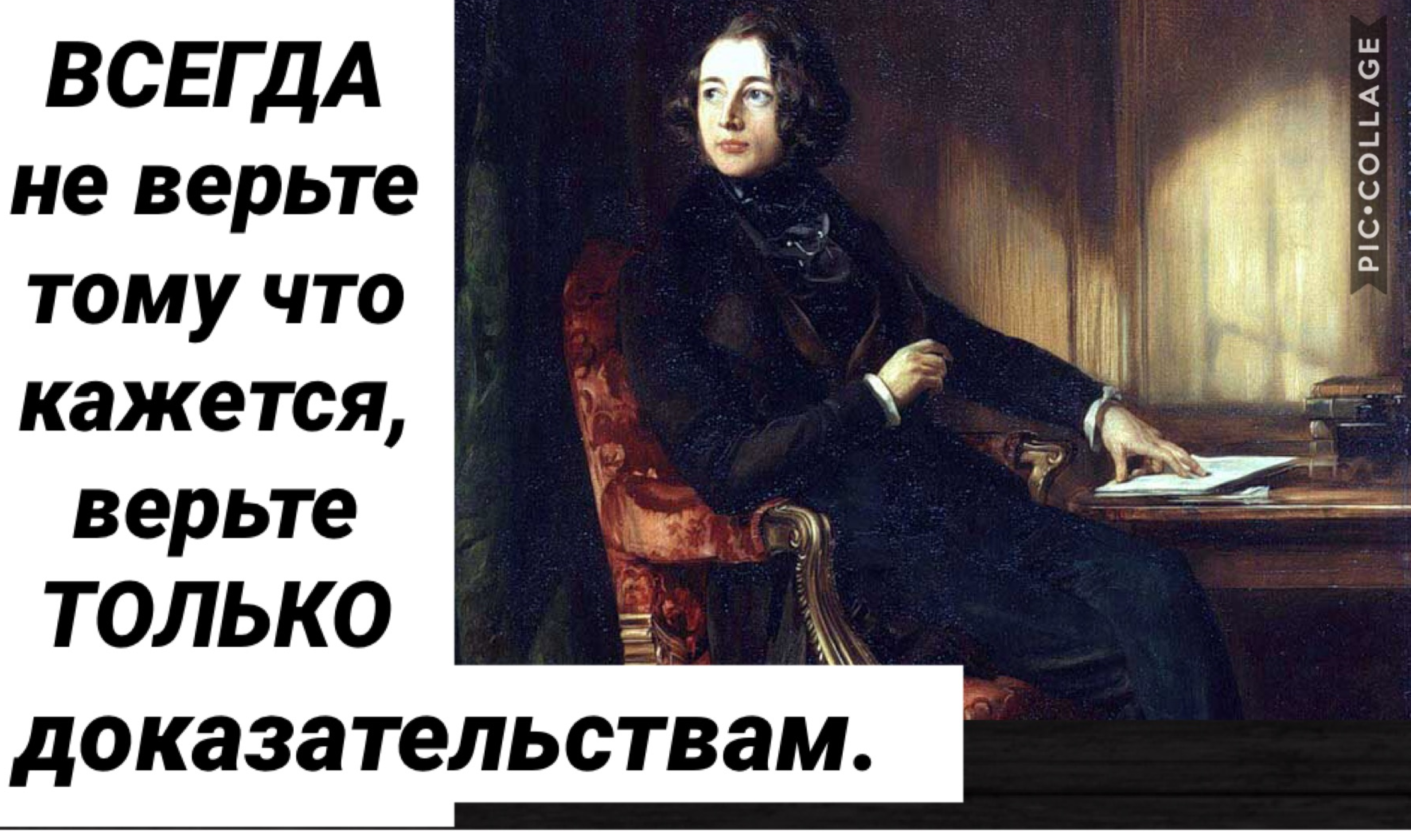
Сдано в набор 31/X 1973 г. Подписано к печати 11/II 1974 г. Формат бумаги 84×108$^{1}/_{32}$=5,75 печ. л. (условных 9,66 л.) 10,47 уч.-изд. л. Бум. тип. № 2. Тираж 100 000 экз. МБ-57. Заказ 6239. Цена 65 коп.

Издательство «Медицина». Москва, Петроверигский пер., 6/8.

Типография издательства «Горьковская правда», г. Горький, ул. Фигнер, 32.

65 коп.

МЕДИЦИНА—1974



Чарльз Диккенс. «Большие надежды» 1861 г.